99958 (md.8.) t. 636 — n° 1

# AUTOPLASTIE

OU

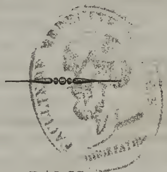
## RESTAURATION DES PARTIES DU CORPS

QUI ONT ÉTÉ DÉTRUITES,

A LA FAVEUR D'UN EMPRUNT FAIT A D'AUTRES PARTIES PLUS OU MOINS ÉLOIGNÉES;

PAR PH. FRÉD. BLANDIN,

Chirurgien de l'hôpital Beaujon, Chirurgien du roi par quartier, Membre de la Légion-d'Honneur, Agrégé de la Faculté de médecine de Paris, Professeur particulier d'anatomie et de chirurgie, etc.



PARIS,

GERMER BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N° 13 BIS.

*Montpellier.* — CASTEL et SEVALLE.
*Strasbourg.* — DESRIVAUX et LEVRAULT.
*Londres.* — J. B. BAILLIÈRE, 219, Regent street.
*Toulouse.* — DAGALIER, SENAC.

—

1836.

IMPRIMERIE DE D'URTUBIE ET WORMS,
17, rue Saint-Pierre-Montmartre.



# INTRODUCTION.

Le mot *autoplastie* est nouveau dans la science ; aussi importe-t-il avant tout d'en bien fixer la signification. Dérivé de deux mots grec αὐτὸς, *ipse*, *lui-même*, et πλάσσειν, *fingere*, *créer*, il peut à la rigueur être entendu de deux manières différentes: *fictio partis per ipsam, fictio partis ex ipso ; formation spontanée d'une partie, formation d'une partie aux dépens d'une autre du même individu*. La première est inadmissible.

Par conséquent, l'*autoplastique* est l'art de réparer une perte de substance, au moyen d'un emprunt fait à une autre partie du même individu ; et l'*autoplastie* est cet art mis en exécution.

Le produit de l'*autoplastie* est une formation nouvelle, une véritable création de parties, création dont les élémens organiques sont fournis par l'individu lui-même. Le chirurgien autoplaste est comme un sculpteur, seulement il est *fictor ex carne*, tandis que celui-ci est *fictor ex marmore*.

Comme l'a très bien exprimé *Tagliacozzi*, l'autoplastie est une véritable greffe animale, *chirurgia curtorum per insitionem* ; mais là cependant ne se

borne pas le rôle de cette opération : le greffement n'est que le moyen qu'elle emploie pour rendre durable sa création; elle doit encore modeler la partie qu'elle a déplacée, et lui imprimer la forme particulière de l'organe qu'elle va désormais constituer.

L'autoplastie diffère essentiellement de la suture simple, par l'emprunt qu'elle fait à des régions du corps plus ou moins éloignées, et par la forme nouvelle qu'elle communique au tissu qu'elle a transplanté; la suture rapproche seulement des parties qui normalement ne devaient pas être séparées, et qui ne l'ont été que par accident. Aussi distingue-t-on avec grand soin la *staphyloplastie* et la *staphyloraphie*, la *rhinoplastie* et la *rhinoraphie* (1).

L'opération qui consiste à remettre à sa place une partie complétement séparée du reste du corps, est également bien différente de l'autoplastie; dans les deux cas, sans doute, il y a greffe animale bien évidente; mais, dans le premier, on n'emprunte rien au reste du corps, on ne modèle rien, comme on le fait dans l'autoplastie; on se borne purement et simplement à rapprocher ce qui avait été accidentellement séparé.

*A fortiori*, serait-il impossible d'appeler autoplas-

(1) Sans doute M. Larrey et quelques autres ont souvent qualifié de *rhinoraphies* des restaurations nasales dans lesquelles on avait fait un emprunt à la région voisine des joues ; mais je me hâte de déclarer que je n'adopte pas cette manière de considérer les choses, et que, pour moi, les opérations auxquelles je fais allusion sont de véritables *rhinoplasties*.

tie la transplantation d'une partie d'un individu sur un autre. En effet, d'un côté, si l'on replaçait simplement l'organe d'emprunt dans un lieu analogue à celui qu'il occupait primitivement, on ne ferait pas plus d'autoplastie que dans le cas précédent; et d'un autre côté, si on donnait une destination et une forme nouvelles à la partie empruntée, ce ne serait pas encore de l'autoplastie, l'opération devrait s'appeler *étéroplastie* (1).

Le chirurgien qui, par une ouverture artificielle artistement préparée, corrige quelqu'une des imperforations naturelles qui constituent la classe des atrésies, ne fait pas non plus de l'autoplastie; il sépare des parties que la nature avait destinées accidentellement à rester unies; mais, encore une fois, il ne fait ni cet emprunt, ni cette transplantation qui caractérisent si nettement l'autoplastie.

Véritable prothèse, l'autoplastie a mission de suppléer aux parties absentes, ou plutôt de les remplacer par des parties nouvelles : c'est une prothèse vivante dont les moyens unis intimement au sujet, lui adhèrent, non par des liens artificiels, mais par des tissus organisés; elle est le triomphe de la chirurgie, puisque, par un heureux artifice, elle fait en quelque sorte repousser un organe, et dote l'homme d'un merveilleux avantage, dont la nature n'avait fait jouir que les animaux inférieurs.

(1) Ἕτερος, *æter*, autre.

Du reste le mot autoplastie n'a pas de véritables synonymes; les dénominations de *greffe animale*, d'*anaplastie* (1), de *chirurgia curtorum*, de *chirurgia curtorum per insitionem*, de *restitution organique*, de *restitution de parties perdues*, de *transplantation de parties*, de *morioplastie* (2), ont pour la plupart un sens ou plus étendu ou plus restreint que celui d'*autoplastie*.

Rigoureusement circonscrit dans ses véritables limites, mon sujet est encore d'une effrayante étendue: en effet, décrire l'*autoplastie*, c'est résumer tous les travaux entrepris jusqu'ici sur la restauration de nos parties au moyen d'un emprunt; c'est tracer l'histoire de l'art sous ce rapport; c'est montrer la sphère d'application, indiquer les différentes espèces, décrire les modes opératoires généraux, faire connaître les suites, le plus souvent favorables, mais quelquefois contraires de cette opération; c'est fixer les bases du traitement qui convient pour en assurer le succès autant que possible; c'est enfin essayer un jugement sur la portée clinique de la partie de la chirurgie qui étonne le plus par la nature de ses résultats.

(1) Ἀναπλάσσειν, refaire.

(2) Μόριον, petite partie.

## PREMIÈRE PARTIE.

# HISTORIQUE

DE

# L'AUTOPLASTIE.

L'autoplastie est restée fort long-temps dans des limites très circonscrites, et les premières périodes de son histoire n'ont guère trait qu'aux réparations des pertes de substance du nez. L'importance de ce genre d'opérations, les nombreux services qu'elles ont déjà rendus à l'humanité, ceux plus grands encore qu'elles lui promettent à mesure que les applications s'en multiplieront et que l'habileté des chirurgiens s'exercera davantage à ces ingénieuses créations, tout enfin m'impose l'obligation de ne rien omettre sur cet intéressant sujet, et de préluder à la description que je dois donner, par une esquisse complète, mais aussi rapide que faire se pourra, et qui nous fasse apprécier les phases diverses qu'il a parcourues avant d'arriver jusqu'à nous. Cette partie de ma tâche est longue, pénible, difficile même, je le sais, car les histoires que la science possède à cet égard sont toutes, sans en excepter celles de *Graëfe*, de *Sprengel* et de *Percy*, mal conçues,

rédigées sans méthode, sans lien philosophique qui reunisse plus ou moins ingénieusement les parties nombreuses de ce grand tout historique; toutes aussi sont incomplètes et, qui pis est, entachées, pour la plupart, d'un certain nombre de citations inexactes que j'aurai soin de relever.

L'esprit humain est toujours et partout le même : son but est le progrès; il y tend sans cesse, mais sa marche est le plus souvent saccadée et irrégulière. Ici une idée nouvelle le pousse en avant et lui fait franchir, d'un seul bond, un espace dont l'étendue étonne; là, au contraire, il s'arrête tout à coup, et, comme épuisé de l'effort qu'il vient de faire, il se repose; il est, comme on dit, stationnaire. Quelquefois, à une autre époque, il détruit lui-même ce qu'il a laborieusement enfanté, et recule de tout l'espace qu'il avait parcouru, pour marcher plus tard une fois encore en avant; et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'il approche enfin le plus près possible de la perfection à laquelle il tend. Cependant, au milieu de cette mobilité même, il est toujours possible de saisir quelques traits, quelques caractères particuliers. Au milieu de ce grand mouvement, on distingue toujours de loin en loin des hommes supérieurs qui s'en rendent maîtres pour le diriger; et ces hommes scientifiques sont des sortes de jalons intellectuels qui marquent et circonscrivent les espaces, comme des phares brillans qui servent de points de ralliement et qui éclairent de leur lumière le

chemin souvent si obscur de l'art. Ajoutons aussi que, par cette raison même, généralement chaque époque offre une physionomie particulière, qui suffit toujours pour la faire reconnaître, et cela grâce à l'homme de génie actuel doué d'assez de vigueur pour communiquer l'impulsion qui plus tard se continue même en son absence.

C'est seulement ainsi, selon moi, qu'il est possible d'étudier l'histoire avec fruit, et d'en faire saisir les époques les plus saillantes; c'est le seul moyen d'en tirer des conséquences générales, et de faciliter la mémoire, c'est le seul aussi pour éviter de se perdre au milieu d'un déluge de noms qu'aucune pensée commune n'a liés, et pour sortir du dédale dans lequel se sont perdus presque tous ceux qui ont raconté les époques diverses de l'art de guérir.

Pour éviter l'inconvénient que je viens de signaler, et c'est là que tendaient ces réflexions générales, je diviserai l'histoire de l'autoplastie en huit périodes différentes que je vais parcourir successivement.

## PREMIÈRE PÉRIODE.

*Temps indéterminé jusqu'à Hippocrate.* (430 ans avant J.-C.)

L'homme étant, par sa nature, destiné à vivre en société, tout ce qui pouvait le rendre à charge aux

autres et leur inspirer de la répugnance, a dû tout d'abord fixer son attention. L'amour-propre, ce premier et puissant mobile de l'esprit humain, l'a donc porté de bonne heure à la recherche des moyens les plus convenables pour effacer les difformités. Voilà, sans doute, pourquoi l'art de réparer ces difformités a devancé tous les arts, et peut-être aussi, comme le dit Graëfe, l'art lui-même de guérir. Mais c'est particulièrement à la face qu'il importait de faire disparaître les vices qui en déparent la forme, parce que là on ne saurait les dérober facilement; aussi est-ce la réparation des diverses parties de cette région dont on s'est d'abord occupé; et, comme la perte du nez est de toutes la plus repoussante, c'est elle surtout qui a exercé l'habileté des chirurgiens.

Il est tout-à-fait impossible de fixer l'époque à laquelle l'autoplastie a commencé à être pratiquée: son origine se perd dans la nuit des temps; tout ce qu'on sait, c'est qu'elle a pris naissance dans l'Inde; mais quand et à quelle occasion? je ne saurais le dire. Il paraîtrait pourtant, d'après les recherches auxquelles Wilford s'est livré sur la chronologie des temps les plus reculés de l'Inde, qu'aux époques les plus anciennes, les prêtres indous faisaient la médecine, et que les premiers ils ont pratiqué cette opération en employant la peau du front. Il paraîtrait aussi, au rapport de *Graëfe* (1), que quel-

(1) De rhinoplastice, sive arte curtum nasum ad vivum restituendi commutatio, ab *Heckerio* latinè edita.

ques indices de cette opération ont été retrouvés dans les ruines de Palibothra, de Goa et de Canoga, mais on ne peut articuler rien de positif à cet égard; on comprend même quelle discrétion on doit mettre à accepter une source pareille, et combien on doit se défier de notions historiques arrachées aux ruines de quelques villes et à la poussière des tombeaux.

Graefe dit avec plus de raison qu'il n'est pas étonnant que cette opération soit restée inconnue, parce que les prêtres l'exploitaient à leur profit, et s'en servaient ponr augmenter l'autorité que ne leur donnait pas toujours le culte de la divinité: dans l'Inde, en effet, la médecine est née, je l'ai déjà dit, dans le sanctuaire le plus reculé du temple. Cependant, soit que les prêtres indiens aient imaginé la rhinoplastie, soit que des gens spéciaux leur en aient dérobé le secret, ou aient eux-mêmes inventé cette opération, ou bien encore l'aient reçue par tradition orale, il n'en est pas moins vrai qu'elle est restée pendant un temps infini le privilége particulier de la caste des *koomas* ou *potiers*, et qu'ils y apportaient la même habileté que pour la confection des objets de leur art. On rapporte aussi qu'ils employaient quelquefois la peau complètement détachée des fesses du même individu ou d'un autre, et qu'ils ont même réappliqué avec succès le nez fraîchement coupé. *Graefe* doute de la première partie de cette tradition, ajoutant qu'elle a pu parfaitement s'altérer à travers

cette longue série de siècles : d'accord ; mais il peut en avoir été de même de toutes les traditions de ce genre ; or pourquoi accepter l'une plutôt que l'autre? M. *Dutrochet* tient de son beau-frère, ancien général en chef des troupes réglées du prince maratte Scindiah, dans l'Inde, le récit suivant qu'il a publié dans plusieurs journaux, et dont il a garanti l'authenticité : « Un sous-officier des canonniers de l'armée que je commandais (c'est le général qui parle) avait été pris en haine particulière par un officier supérieur ; celui-ci profita d'une faute légère qu'avait commise ce sous-officier pour lui faire couper le nez. On était alors en campagne, et ce malheureux mutilé fut obligé de continuer son service, sans pouvoir faire restaurer son nez. Ce ne fut qu'un certain temps après, lorsque la plaie commençait déjà à se cicatriser, qu'il lui fut possible de faire pratiquer cette restauration par des Indiens, en possession de ce procédé. Les opérateurs débutèrent par rafraîchir la peau du nez ; ils choisirent ensuite un endroit de la fesse qu'ils frappèrent à coups redoublés de pantoufle, jusqu'à ce qu'il fût bien tuméfié. Alors ils coupèrent en cet endroit un morceau de peau et de tissu subjacent, de la grandeur et de la forme de ce qui manquait au nez, ils l'appliquèrent sur ce dernier et l'y fixèrent solidement ; cette espèce de greffe animale réussit à merveille. J'ai eu long-temps à mon service cet homme après l'opération, il n'était point défiguré et

il ne lui restait d'autre trace de mutilation qu'une cicatrice visible autour de la greffe. »

Malgré l'autorité de M. Dutrochet, on peut d'autant mieux douter de la véracité du fait qu'il rapporte que les Anglais, qui ont passé la plus grande partie de leur vie dans l'Inde ne parlent pas de ce procédé. *Carpue* et *Pennant* gardent en effet à ce sujet un silence absolu; *Butler* (1) en fait mention, il est vrai, dans son poëme burlesque d'*Hudibras; Voltaire* lui-même le tourne en dérision; mais on peut tout au plus inférer de là qu'il était connu en Italie de très-vieille date, et voilà tout. Rien ne prouve d'une manière positive qu'en Europe on l'ait réellement mis à exécution.

L'habitude qu'on a toujours eue, dans l'Inde, de punir les criminels par la perte du nez, des lèvres et des oreilles, explique très-bien les opérations qu'on y a tentées à cet égard, d'autant mieux que, dans le principe, la loi autorisait ceux qu'elle frappait ainsi, à employer tous les moyens qu'ils jugeraient convenables pour rendre leur difformité moins hideuse. La tradition rapporte encore qu'on imagina d'abord de réappliquer le nez que l'exécuteur venait de trancher, mais que le succès était si complet que la loi dut ordonner de le jeter au feu, et que c'est alors seulement qu'on eut recours à la transplantation de

(1) Chant 1^er, page 27 de la traduction française.

la peau du front. Au surplus, la rhinoplastie ne s'est jamais perdue dans l'Inde, comme nous le verrons plus tard, et cela se conçoit puisque les mêmes châtimens y existent encore.

*Giusseppe Baronio* rapporte, en effet, qu'en 1770 la ville de *Kirtipoor*, dans l'île de Ceylan, fut assiégée par *Pritwinarazan*, roi de *Goorka*, et qu'elle fut prise, par trahison, après une longue résistance. Le vainqueur, irrité de cette résistance, ordonna de faire périr les plus illustres, et de couper le nez et les lèvres à tous les habitans, excepté à ceux qui savaient jouer d'un instrument à vent. Cet ordre fut exécuté sans pitié, et le vainqueur, pour joindre une ironie cruelle à sa barbare détermination, voulut que désormais la ville portât le nom de *Nascatapor*, qui veut dire *ville du nez coupé*.

Comme on le pense bien, les prêtres indiens ou les *koomas* ne sont pas arrivés tout d'abord au procédé si ingénieux que la tradition nous a transmis ; bien des patiens ont dû payer, dans le principe, par des tourmens inutiles les nez mieux faits de leurs successeurs, et n'ont retiré de ces tentatives hardies que le triste privilége d'avoir une difformité de plus; mais toujours est-il bien digne de remarque qu'entre des mains d'hommes à demi sauvages, le procédé de l'autoplastie sale, par la peau du front, ait atteint un degré de perfection qui de nos jours a permis à peine quelques légères modifications. Je ferai observer aussi que la transplantation, dans cette antique partie du monde,

ayant lieu toujours, ou presque toujours, sur des sujets bien portans d'ailleurs et dans un climat favorable, on peut, jusqu'à un certain point, s'expliquer le grand nombre de succès qu'on en a obtenus.

Pour terminer enfin cette première période historique, je dirai qu'en aucune autre partie du globe on ne trouve aucune trace de rhinoplastie. Hippocrate n'indique aucun moyen propre à réparer la perte du nez; il dit seulement, à l'occasion des plaies de cet organe, qu'on ne doit pas compter sur la réunion, parce que les parties cartilagineuses ne s'agglutinent jamais.

## DEUXIÈME PÉRIODE.

*D'Hippocrate à Paul d'Égine*, 636 *ans ap. J.-C.*

Dans cette période, qui n'embrasse pas moins de 1066 ans, l'autoplastie a été ébauchée, mais certes on était loin de prévoir alors les brillantes destinées que l'avenir lui réservait. Les premiers essais furent si grossiers, si imparfaits, si bornés; les descriptions que les auteurs de cette époque nous ont laissées sont si peu claires, que quelques personnes doutent encore aujourd'hui qu'ils aient réellement entendu parler de procédés autoplastiques. Cependant nous pensons, nous, qu'on a été injuste à leur égard, et que c'est bien de l'autoplastie qu'ils ont positivement fait.

Le premier écrivain qui parle de la manière

de réparer la perte de certaines parties du corps est *Celse,* mais le passage où il en est question a été l'objet de plusieurs interprétations différentes, et pour mettre le lecteur à même d'en mieux juger par lui-même, nous allons le citer tout entier. *Celse* dit en effet (lib. VII. cap. IX.) « Curta igitur in his » tribus, si qua parva sunt, curari possunt : si qua » majora sunt, aut non recipiunt curationem, aut ità » per hanc ipsam deformantur, ut minùs indecora » antè fuerint...... Ratio curationis hujus modi est : » id quod curtum est in quadratum redigere ; ab in- » terioribus ejus angulis lineas transversas incidere, » quæ citeriorem partem ab ulteriore ex toto dedu- » cant; deindè ea quæ sic resolvimus, in unum ad- » ducere. Si non satis junguntur, ultrà lineas, quas » antè fecimus, alias duas lunatas, et ad plagam » conversas immittere, quibus summa tantùm cutis » deducatur : sic enim fit, ut faciliùs, quod adducitur, » sequi possit... interdùm tamen ab alterâ parte cutis » haud omninò adducta deformem, quem reliquit lo- » cum, reddit. Hujusmodi loci altera pars incidenda; » altera intacta habenda est..... utrinque autem pe- » temus, si quid summis auribus, si quid imis, si quid » aut medio naso, aut mediis naribus, aut mediis » labris deerit : eadem ratio curandi est. Si cartilago » in eo quod incisum est, eminet, excidenda est; ne- » que enim aut glutinatur, aut acu tuto trajicitur. » Neque longè tamen excidi debet, ne inter duas » oras liberæ cutis utrinque collus pus fieri possit. » Tùm junctæ oræ inter se suendæ sunt, etc. »

Il résulte clairement de ce passage que Celse a voulu dire que, pour guérir les difformités avec perte de substance du nez et des lèvres en particulier, il fallait de chaque côté tailler un lambeau de forme carrée, le séparer de la peau voisine à l'aide d'une incision semi-lunaire, et le réunir sur la ligne médiane par des points de suture. Ce procédé de Celse pour le nez n'est, à peu de chose près, que celui dont M. Larrey se porte encore aujourd'hui le défenseur. Il est évident aussi que Sprengel se trompe en avançant que par le mot *curta*, Celse n'a voulu parler que des fentes dont on peut procurer l'oblitération en réunissant leurs bords : au surplus, le texte de Galien et de Paul d'Égine qu'il invoque aussi est précisément contraire à cette interprétation.

Au chapitre XVI du livre 14, ayant pour titre : *De reficiendis corporibus extenuatis, ac restituendis partibus quæ deficiunt*, *Galien* donne ainsi la définition du mot *curta* : « ità vocant quæ in labiis aut narium alis aut aure *deficiunt*. » Or ce dernier mot exprime une perte de substance, et non une simple fente, comme celle qui a lieu pour le bec de lièvre par exemple. Galien, pour remédier à cette affection, conseille du reste le même procédé que Celse, seulement il est loin d'être aussi explicite que ce dernier.

Dans le même chapitre, Galien parle des moyens de réparer l'absence du prépuce ; voici comment il s'exprime : « interdùm in supernâ pudendi parte, » circulo incisâ cute, quo videlicet ejus unitate so-

» lutâ, latenùs deorsùm trahatur quoad glandem » totam cooperiat. » Par un autre procédé, il conseille d'inciser la peau autour de la base du gland, de la tirer et de la réunir ensuite, quand cet organe en est bien recouvert, et il ajoute : « Ac deindè » molli quopiam deligata. » Ces deux procédés pour faire un prépuce se rapportent évidemment à l'autoplastie, puisque la peau est incisée et transportée à la faveur de sa grande laxité à une place différente de celle qu'elle occupait avant l'opération. Je ferai remarquer aussi que Galien parle de ces faits dans le même chapitre *curtorum*; or j'ajouterai, contre l'opinion de Sprengel et même de Graëfe (car tous deux ont interprété de la même manière le mot *curta*), que dans ce dernier cas le prépuce ne présente pas seulement une fente ( κολόϐωματα ), mais une absence plus ou moins complète. Je dois dire pourtant qu'à l'article cancer des lèvres, Galien conseille tout simplement d'amputer le mal, sans indiquer le traitement ultérieur, ni le moyen de réparer la perte de substance dans le cas où l'étendue de ce mal aurait nécessité une trop grande ablation.

Du reste, dans cette longue période, les contemporains de *Celse*, *Soranus*, *Héliodore*, *Moschion* même, n'ont rien dit de particulier sur le sujet qui nous occupe, et ont copié le médecin des athlètes de Pergame, comme les contemporains de Galien ont copié ce dernier.

Paul d'Égine, qui a terminé si honorablement la chirurgie grecque, et dont nous avons parcouru avec

soin l'ouvrage tout entier, traduit du texte grec en 1540 par Pierre Tolet de Lyon, Paul d'Égine, disons-nous, ne parle nullement, quoi qu'en dise Sprengel, de la manière de réparer les pertes des lèvres et des oreilles, pas plus que celles du nez. Il raconte seulement avec détail la description que nous venons de donner de Galien pour la formation du prépuce, et il rapporte à Antylus l'invention du procédé. *Aulcunes foys, dit-il, par dessoubs le cercle dudit balanum, viennent à ramener le cuir, faisant division, avec le scapelle, du cuir vers l'intérieure partie du membre et estendent la dicte peau oultre le gland.* Du reste, Paul d'Égine blâme avec raison cette opération et la trouve parfaitement inutile.

## TROISIÈME PÉRIODE.

*De Paul D'Egine à Pitard*, 1260.

Dans cette période de 624 ans, la chirurgie, tombée entre les mains des moines, perdit tout son éclat et fut presque réduite à l'application des emplâtres et des caustiques: c'était, comme on le pense bien, une époque peu favorable pour les progrès de l'autoplastie. Elle subit la loi commune, et, comme toutes les autres opérations chirurgicales, elle fut complétement oubliée; on ne trouve pas même son nom dans les ouvrages des auteurs de cette époque, soit latins, soit arabes. Albucasis est le seul qui en parle, et encore, comme on va le

voir, ne s'exprime-t-il à ce sujet que d'une manière fort courte et peu claire. Dans l'édition de la Bibliothèque royale (tome I. liv. II, p. 179, trad. de Jean Channing), il dit, dans un article ayant pour titre: « De suturâ nasi et labii et auris, quandò » solvitur continuitas eorum vel a vulnere vel sine » vulnere : scias quod quandò acciderit solutio » continuitatis in uno ex his cartilaginibus, in il- » lis curatio, nisi in paucis hominibus. Quandò » igitur acciderit alicui res hujus modi, aspice, et » si sit vulnus recens, labia vulneris suturâ abdu- » cas. » Albucasis ne dit pas autre chose. Il faut en conclure que ce chirurgien arabe, pourtant le plus habile de tous, était moins avancé que *Celse* sur le sujet qui nous occupe. Ses ouvrages ont été servilement copiés par les chirurgiens qui l'ont suivi ; aussi n'avons-nous rien trouvé qui méritât d'être cité, ni dans *Roger de Parme*, ni dans *Guillaume de Salicet*, ni dans *Brunus*, etc. *Pitard* lui-même n'a rien écrit sur l'autoplastie.

## QUATRIÈME PÉRIODE.

*De Pitard à Ambroise Paré*, 1551.

Parmi les chirurgiens du moyen âge, Lanfranc de Milan, qui vint à Paris en 1595, est le seul qui rompe le long silence qui avait été gardé par ses prédécesseurs sur les moyens autoplastiques. On

parlait cependant à son époque de nez entièrement coupés qui avaient été remis en place avec succès; mais il proteste énergiquement contre la possibilité d'un pareil résultat, et traite d'imposteurs ceux qui les rapportent ou qui s'en font les échos. Au tract. II, p. 220 (édit. de la Bibliothèque royale), il dit en effet : « Et quam plures de nasi vulnere mentiun» tur ; dicunt enim : Aliquis portavit nasum inci» sum in manu, qui fuit in loco suo posteà repa» ratus. Id est maximum mendacium, quoniàm » natalis spiritus incontinente perit. » Lanfranc indique ensuite fort longuement comment il faut s'y prendre pour maintenir un nez coupé, quand il tient encore par un lambeau de peau.

Sprengel dit que *Théodoric de Cervia*, son contemporain, s'exprime à cet égard de la même manière que Lanfranc, mais il n'en est rien; il croyait, lui, au contraire, à la possibilité de l'agglutination du nez coupé, puisqu'il dit en propres termes: « Si ante mortificationem membri ad manûs tuas » pervenerit (nasus); oportet circumspectus sis et » diligens in hoc casu, cùm multâ cautelâ nasum » in suo loco reponas. » *Pierre de la Cerlata* et *Roger*, vers la même époque, se sont rangés à l'opinion de Lanfranc; de même Guy de Chauliac, qui dit, art. *Plaies du nez*, p. 292 : *Si le nez est cheu du tout, il ne peut plus estre reuny, car la reünion est impossible ès parties organiques quoy que dient les jaseurs.*

*Guido Guidi* ( Vidus Vidius ), à la page 39 ( in

chirurgiâ magnâ), soutient à peu près la même opinion, et rapporte à Henricus le conseil de réchauffer le nez coupé à l'aide de la chaleur naturelle d'un poulet : « Si infrigidatus nasus cum caliditate natu- » rali pullorum caleficiat et rectificetur, etc. » Vers la fin du quinzième siècle, Jérôme *Braunschweig* traitait de conte ridicule tout ce qu'on avait dit des nez recousus.

Il est bien extraordinaire que les chirurgiens que nous venons de citer gardent le silence le plus absolu sur la restauration nasale, et qu'ils n'en parlent pas, ne serait-ce que pour la blâmer ou la mettre en doute. Cependant, vers le milieu du quinzième siècle, on avait déjà raccoutré des nez et les autres parties du visage avec la substance du bras. On lit en effet, au rapport de Sprengel, dans les *Annales Mundi* de *Pierre Ranzano* évêque de Lucera, pour l'année 1442, annales qui n'existent qu'en manuscrit dans la bibliothèque des Dominicains, à Palerme, qu'à cette époque un sicilien nommé *Branca*, avait trouvé le moyen de réparer la perte du nez. *Calentius*, célèbre poète latin, natif du royaume de Naples, et qui vivait vers l'an 1480, a écrit à un de ses amis du nom d'*Orpian* une lettre qui ne permet pas de douter que la rhinoplastie n'ait été réellement pratiquée à cette époque ; voici du reste cette lettre dans son entier, elle mérite d'être citée : « Orpiane, si tibi nasum restitui vis ad » me veni. Profectò res est apud homines mira. » Branca siculus, ingenio vir egregio, didicit nares

» inserere quas vel de brachio reficit vel de servis
» mutuatas impingit. Hoc ubi vidi, decrevi ad te
» scribere, nihil existimans charius esse posse.
» Quod si veneris, scito te domum grandi quan-
» tum vis naso rediturum : vola. »

S'il faut en croire les historiens, ce Branca aurait eu un fils du nom d'*Antoine*, qui perfectionna le procédé de son père, qu'il surpassa en réputation. L'évêque de Lucera dit que les mutilés lui arrivaient des endroits les plus reculés.

On s'est donné beaucoup de peines pour savoir comment l'art de la restauration nasale a passé de l'Orient en Sicile. Selon *Carpue* et *Graëfe*, on doit cette transmission aux relations intimes qui, sous le rapport des sciences, liaient les Espagnols et les Italiens aux Arabes, qui eux-mêmes en avaient de fréquentes avec les Indiens. Sprengel doute que ce soient les Arabes qui aient fait connaître le procédé indien, parce que'aucun auteur de cette nation n'en parle, et parce que ayant été chassés en 1038 par les Normands, ils n'eurent plus aucun contact avec les Siciliens, si ce n'est par la piraterie. Il croit plutôt à sa transmission par les missionnaires; mais les missionnaires n'ont pas dit un mot de la restauration du nez dans les diverses relations de leurs voyages : ce qui prouverait qu'on la pratiquait alors fort rarement, même dans l'Inde. Ajoutons, en outre, que les Branca n'employaient pas la peau du front, mais celle du bras. Il est donc probable que ces derniers sont réellement les inventeurs du pro-

cédé décrit sous leur nom, et Sprengel n'en conteste pas au reste la possibilité d'une manière absolue.

De la famille des *Branca*, la rhinoplastie par la peau du bras passa en Calabre, où une autre famille du nom de *Vianco* ou *Bojano* la pratiqua exclusivement et en acquit une fortune colossale. C'est Alexandre Benedetti, qui décrivit le premier d'une manière un peu complète le procédé opératoire des chirurgiens calabrois; il assure, en outre, que le nez ainsi fait supporte difficilement un hiver un peu rude, et que, si on le tirait un peu fort pendant les premiers temps de son application, on l'arracherait infailliblement : *nasumne prehendant monco, ne sequatur.*

## CINQUIÈME PÉRIODE.

*De Paré à Sévcrin*, 1646.

Dans le cours de cette période, *Fallope* et *Vesale* ont parlé de la restauration du nez par un emprunt fait au bras; mais tous deux se sont trompés sur la manière dont se pratiquait l'opération, puisqu'ils disent que les fibres charnues du muscle biceps servaient à former le lambeau. On comprend alors que, partant de là, le premier de ces auteurs blâme ce procédé avec aigreur, et pense qu'il vaut mieux rester mutilé que de courir les chances plus que douteuses d'une opération pleine

de douleurs, et qui dure jusqu'à douze mois.

Cependant la famille des Bojano s'étant éteinte un peu avant la fin du seizième siècle, leur art se perdit entièrement en Italie; mais, tout-à-fait sur la fin de ce même siècle, *Gaspard Tagliacozzi* le fit revivre avec succès.

Dans son traité *de Curtorum chirurgiâ* (édit. de Venise 1597), que nous n'avons pu trouver qu'à la bibliothèque de l'Arsenal, Tagliacozzi s'attache à prouver, en commentant le texte de *Vesale*, *de Benedetti*, de *Gourmelius*, etc., que les Branca n'opéraient pas comme lui, et qu'il est bien l'inventeur de son procédé; mais, d'après ce que nous avons dit plus haut, il est plus que probable qu'il le tenait de quelque membre de la famille des Bojano.

Quoi qu'il en soit de ses prétentions, toujours est-il que sa monographie sur la transplantation de la peau du bras pour réparer les difformités du nez, des lèvres et de la face, est très remarquable, et mérite bien la peine d'être lue. Il serait beaucoup trop long d'en donner ici l'analyse et de décrire ses procédés; nous nous contenterons de dire que le premier il a donné des généralités sur la greffe animale; qu'il a indiqué les conditions les plus favorables à transplanter les lambeaux, les phénomènes physiques et physiologiques qu'ils présentent pendant et après l'opération; qu'il s'est bien défendu contre le reproche mal fondé qu'on lui a fait d'intéresser les fibres musculaires du deltoïde; que, sans nier la possibilité de prendre le lambeau sur une

autre personne que sur le mutilé, il repousse cependant ce moyen, parce qu'on ne pourrait guère obtenir que deux personnes restent aussi long-temps attachées l'une à l'autre sans exécuter des mouvemens opposés, et qu'enfin il ne conseille pas de détacher sur-le-champ le lambeau de trois côtés, comme l'a fait Graëfe depuis, parce qu'il se retirerait trop sur lui-même, et que suivant lui il tomberait trop facilement en gangrène.

Tagliacozzi ajoute qu'on peut par le même procédé réparer les difformités des lèvres et des oreilles; mais que, dans ce dernier cas, il vaut mieux emprunter le lambeau au col.

Tagliacozzi obtint tant de succès, par son procédé, qu'il s'attira l'admiration générale, et qu'à sa mort ses compatriotes crurent devoir lui élever, en 1599, dans l'amphithéâtre d'anatomie de Bologne, une statue qui le représentait tenant un nez de la main droite. Du reste, il a poussé lui-même la vanité jusqu'à faire imprimer, à la tête de son livre, les vers les plus louangeux qu'on lui adressait de toutes parts, tant en grec qu'en latin; qu'on juge du reste, par l'échantillon suivant, du savoir faire en fait de flagornerie des poètes d'alors :

« Non modò tu princeps, sed deus artis eris. »
et dans une pièce citée plus loin :

« Ut tibi princeps cedat, cedat que *Galenus* »

« Primas, *Hippocrates* cedat et ipse senex; etc. »

Malgré sa brillante réputation, Tagliacozzi laissa pourtant peu d'imitateurs, et malgré qu'il ait avancé

que son opération était mille fois moins cruelle que celle du trépan, personne, pas même lui peut-être, ne crut à cette exagération. Au reste, ses contemporains eux-mêmes l'attaquèrent, contestèrent ses succès, et ce qu'il y a de remarquable, c'est que peu d'entre eux comprirent le procédé opératoire comme il l'avait réellement exécuté. *Fabrice d'Aquä pendente*, par exemple, le décrit fort mal, et malgré qu'il avoue ne l'avoir jamais vu mettre à exécution, il n'en donne pas moins le conseil de ne jamais le tenter.

*André de La Croix*, également contemporain de Tagliacozzi s'éleva fortement contre son opération, se fondant sur ce que les parties sont d'une structure trop différente pour pouvoir s'unir ensemble, et il rejeta aussi la possibilité de faire reprendre un nez complétement coupé, ajoutant que c'était tout au plus si on pouvait espérer ce résultat quand il tient encore par la moitié de son étendue.

*Ulmus* semble vouloir s'attribuer une partie de la gloire de Tagliacozzi, en disant que vers le même temps il l'avait aidé à restaurer un nez. *Lycetus* croit pouvoir expliquer, par la restauration nasale, les monstruosités doubles, de sorte que ces anomalies ne seraient pour lui que le résultat d'une greffe utérine. *Fabrice de Hilden* rapporte dans la trente-unième observation de la troisième cent., qu'un nommé *Griffon* de Lausanne, exhorté par la vue d'un nez que Tagliacozzi avait fait à un homme, avait osé entreprendre cette opération sur une

jeune fille à laquelle un soldat avait coupé le nez, et que le succès fut si complet que onze années plus tard on pouvait à peine distinguer la cicatrice. Fabrice ajoute seulement que, dans les saisons froides, il bleuissait un peu, mais que cependant il jouissait d'une sensibilité qui ne le cédait en rien à celle des parties voisines.

*Cortesi*, collègue de Tagliacozzi, *Thomas Hsyens*, *Schenck* de Graffenberg, Bauhin et plusieurs autres encore figurent parmi les plus chauds partisans de la méthode dont il s'agit.

Amb. *Paré*, le plus célèbre des chirurgiens de cette période, à l'article ayant pour titre : *Moyen de contrefaire un nez par artifice*, liv. 23, p. 574, tout en rapportant l'histoire d'un gentilhomme nommé le *cadet* de *Saint-Thoan* qui, ayant perdu son nez, et fatigué de servir de risée à ceux qui le voyaient, alla s'en faire faire un en Italie, Paré, disons-nous, n'en blâma pas moins la restauration nasale ; écoutons-le plutôt lui-même dans son simple et précis jargon : « Telle chose n'est impossible ; toutefois » me semble fort difficile et onéreuse au malade » tant pour la peine de tenir la teste liée long- » temps auec le bras, que pour la douleur des in- » cisions faictes aux parties saines, coupant et es- » leuant portion de la chair du bras pour former » le nez : joinct aussi qu'icelle chair n'est de telle » température ny semblable à celle du nez, et pa- « reillement estant agglutinée et reprise, ne peut » iamais estre de telle figure et couleur que celle

» qui estait auparavant à la portion du nez perdu. » Il est probable que c'est du procédé de Tagliacozzi que Paré a voulu parler, malgré qu'il ne le nomme pas; dans tous les cas, il en avait une bien fausse idée, puisqu'il parle de nez enfoncé au milieu du muscle biceps. Il se prononce aussi contre la possibilité de faire reprendre un nez entièrement coupé.

Au dix-septième livre, p. 395, Paré assure qu'un homme digne d'être cru lui a rapporté qu'une princesse, ayant fait arracher une dent s'en fit remettre immédiatement une autre d'une *sienne damoiselle,* et qu'elle se consolida parfaitement. Il ne connaît pas du reste d'autre moyen de faire disparaître la difformité qui résulte de la perte de l'oreille ou des lèvres qu'en employant des moyens mécaniques en métal ou en cuir bouilli.

*Franco*, qui vivait de son temps, n'a fait que répéter la description du procédé de Celse, à cela près qu'il faisait l'incision en croissant en dedans de la peau au lieu de la faire en dehors. Cette modification se réfute d'elle-même : il ne dit rien du reste de la restauration nasale : il rapporte seulement au chap. CXXII, page 462, un cas très remarquable de perte entière de la joue, à la suite d'une gangrène, et il assure, à l'aide de dissections habiles, être parvenu à combler ce déficit : cependant ce n'est pas de l'autoplastie proprement dite qu'il a fait; car, à en juger par la description fort obscure qu'il en donne, il ne fit qu'aviver et rapprocher les parties. Tou-

jours est-il que le malade fut guéri de sa difformité, qu'il ne perdit plus sa salive, et, comme le dit Franco: *Auoyt outre cela recouuré l'aissance de manger aussi à son aise qu'il eut point auparauant.*

*Van Helmont, Campanella et Digby*, ces partisans intrépides du magnétisme et de la sympathie dans les plaies de toute nature disent tant de niaiseries sur la restauration nasale qu'ils méritent à peine d'être cités. Pour en donner une idée, je ne saurais pourtant résister au désir de rapporter, entre autres, un exemple tiré du premier de ces auteurs. Il dit très sérieusement ( *De mag. vulne. curatione, contrà opinionem Roberti*, etc. p. 27 ).
» Saltem hocce omni Satanæ illusione carebat.
» Bruxellensis quidam in pugnâ nasum amisit ;
» adivit chirurgum ut nasum præstolaretur et cùm in-
» cisionem brachii sui timeret, bajulum ad hoc con-
» duxit. Mox tredecim circiter menses a reditu
» in patriam repentè nasus institius friguit et abindè
» aliquot diebus putrilagine cecidit : cujus rei ino-
» pinum casum investigantibus inventum fuit, eo-
» dem forté momento quo nasus friguit expirasse
» bajulum.

## SIXIÈME PÉRIODE.

*De M. A. Séverin à J. L. Petit, 1705.*

M. *A. Séverin* parle d'un certain *Flaminius*

*Crassus*, de Tropea, en Calabre, comme d'un habile raccoutreur de nez, mais il ne donne aucun détail à cet égard. La désignation du lieu prouve évidemment qu'il s'est trompé de nom, et qu'il a voulu parler d'un des membres de la famille des Bojano. *Alexandre Read*, qui estimait beaucoup l'ouvrage de Tagliacozzi, vanta outre mesure la restauration organique qu'il appela *prothèse*. *Roonhuysen* parle d'un nez qui avait été fendu dans toute sa longueur, et dont un ignorant avait proposé de combler le vide avec de la chair de poule. Il rapporte qu'il aviva les bords, et qu'il les réunit avec succès en les fixant aux os propres du nez qu'il perça avec une alène de cordonnier.

On lit dans le journal italien de l'abbé *Nazari*, en 1667, et dans le Journal des Savans, année 1668, que *Michel Leyseri* était parvenu à rajuster le nez d'un jeune homme de famille illustre qui avait été condamné à le perdre pour expiation de ses méfaits: il reçut l'organe dans un pain chaud. Trente ans avant, au rapport de Henri de Moënickem, Antoine *Molinelli*, de Venise, avait obtenu le même succès en se conduisant de la même manière, sur un Italien également de haute naissance, et l'on ne comprend pas comment Graëfe a pu dire que ce cas était le dernier dans lequel le nez a été restauré avec la peau du bras. Cela est si peu exact, que *Purmann* prend Dieu à témoin qu'il a vu cette opération réussir une ou deux fois; mais il ne dit pas si c'est lui-même ou un autre qui a obtenu ce suc-

cès. Il serait d'autant plus probable que ce ne serait pas lui qui aurait opéré, qu'il avait une très mauvaise idée du procédé de Tagliacozzi, puisqu'il croit qu'il faisait entrer des fibres charnues dans le lambeau. Comme on le voit, à mesure qu'on s'éloignait de l'époque de ce dernier auteur, on connaissait moins son procédé, et c'est à peine si *Rosen de Roseinstein*, si *Du Bois* et *Platner* purent faire comprendre l'erreur grossière dans laquelle on tombait. Quelques auteurs allèrent encore plus loin, et poussèrent l'incrédulité jusqu'à douter même des succès du rhinoplaste italien.

## SEPTIÈME PÉRIODE.

*De J. L. Petit à Desault*, 1791.

Pendant le cours de cette période, les doutes dont nous venons de parler à la fin de la période précédente ne firent qu'augmenter encore, et les auteurs les plus sceptiques allèrent jusqu'à prodiguer l'injure à la mémoire de Tagliacozzi. *Dionis*, dans sa septième démonstration (page 471), nie positivement qu'un nez entièrement coupé puisse être réappliqué avec succès, et après avoir raconté plusieurs histoires de ce genre, il met au même rang l'opération de Tagliacozzi; il termine par cette phrase : « *Je crois ces histoires apocryphes*, *et je*

*les prends plutôt pour des contes faits à plaisir que pour des faits véritables*. Il cite néanmoins, dans le même article, le malheur d'une bouchère à qui, par jalousie, la femme d'un notaire abattit *presque entièrement* le nez, à l'aide d'un couteau qu'elle trouva sous sa main. L'organe fut remis en place, et il s'agglutina à merveille. Plus tard, *Lafaye* partagea les doutes de Dionis, et donna pour prétexte qu'il avait essayé vainement de faire reprendre, chez les animaux, le nez qu'il leur avait coupé. *Mauquest de la Motte* alla plus loin, et traita d'insignes menteurs et Tagliacozzi et ceux qui soutenaient avec lui qu'il était possible de greffer la peau du bras sur le nez ravivé. Presque tous les écrivains qui vinrent ensuite ne traitèrent pas mieux la rhinoplastie, et *Garengeot* lui-même fut indignement tourné en dérision pour avoir rapporté l'histoire d'un nez arraché par morsure, et qu'on parvint cependant à faire reprendre, quoiqu'il eût été traîné dans la boue, et qu'on ne l'eût appliqué qu'au bout de plusieurs heures.

Sprengel a encore commis une erreur au sujet de *Heister*, en avançant que cet auteur ne pensait pas qu'il fût possible qu'un nez entièrement séparé du corps pût de nouveau être greffé à sa place, et qu'il ne croyait pas davantage à la réalité des opérations de Tagliacozzi. En effet, quant au premier fait, Heister cite les exemples de Blegni et de Garengeot, et il ajoute : « Fides sit penes auctorem ! » Plus loin, il dit encore : « Interea si casus iterùm accidat,

imitari alterutrum possumus, ne quid amisisse videamur. » Comme on le voit, ces paroles sont loin d'exprimer un doute positif.

Il n'est pas plus vrai de dire que Heister ait douté de la réalité des opérations de Tagliacozzi; car il fait le plus grand éloge de ce chirurgien, qu'il appelle « vir clarissimus,» et il dit seulement que les auteurs récens n'ont pas personnellement d'exemples à l'appui de son procédé : « dum nova experimenta sive observationes ferè deficiunt. »

Malgré la défaveur générale dans laquelle la restauration nasale était tombée, quelques écrivains la défendirent cependant de loin en loin, et au premier rang figurent *Reneaulme de la Garanne*, *Rosen de Rosenstein*, et *Du Bois* dont nous avons déjà parlé. Le premier de ces auteurs a même proposé une modification que Graëfe a mise à exécution, et qui, comme nous l'avons déjà vu, avait été prévue et indiquée par Tagliacozzi lui-même. Cette modification consiste à faire en un seul temps la formation du lambeau et sa coaptation au nez.

Plus tard *Richter* avança qu'un nez de bois était préférable à celui que procure la rhinoplastie, et *Chopart* et *Desault* n'en ont parlé que pour la proscrire.

## HUITIÈME ET DERNIÈRE PÉRIODE.

*De Desault à nos jours.*

Dans cette période, l'autoplastie appréciée à sa juste valeur a fait en peu de temps des progrès immenses, et aujourd'hui elle est peut-être de tous les moyens chirurgicaux celui dont l'humanité retire le plus d'avantages. Naguères elle se bornait à la rhinoplastie à peu près exclusivement; aujourd'hui ses applications sont devenues si nombreuses, qu'elle forme une des branches les plus importantes de l'art de guérir. Naguères elle ne figurait dans les ouvrages que pour mémoire et pour y être maltraitée, aujourd'hui des volumes entiers suffisent à peine pour en exposer l'ensemble et en vanter les succès. Et pour cela il n'a fallu que vingt ans! En quelques années les modernes ont dépassé les productions de plusieurs milliers de siècles!

Au commencement du dix-huitième siècle, absorbés tout-à-fait par le besoin de porter des secours aux guerriers qui combattaient sur toute la surface de l'Europe, les chirurgiens s'occupèrent fort peu d'autoplastie.

*Lucas*, en 1803, avait bien pratiqué la rhinoplastie par la méthode indienne; mais son opération n'eut pas de succès, et c'est particulièrement à

Carpue qu'appartient la gloire d'avoir donné l'impulsion, en 1814, en réussissant sur un homme qui avait perdu la pointe, la cloison et les cartilages du nez, par l'effet d'une maladie mercurielle. Cet exemple eut le plus grand retentissement en Europe; il suffit pour éveiller l'attention, et dès ce moment le génie des chirurgiens s'exerça sur l'autoplastie, et dès ce moment celle-ci a vu le cercle de ses applications s'agrandir, et le nombre de ses succès s'est accru dans la même proportion. Deux ans plus tard, en effet, Graëfe pratiqua avec bonheur la méthode Tagliacotienne, mit à exécution la modification que *Reneaulme* avait proposée et donna le nom un peu prétentieux de méthode allemande (*methodus germanica*), à cette correction dont il n'avait pas eu le premier l'idée.

En 1816, Delpech s'exprimait encore ainsi sur le compte de cette opération : « Le temps n'a pas en-
» core épuisé le ridicule qu'on a attaché à l'idée
» des entreprises de Tagliacozzi, et peu de praticiens
» ont expérimenté l'opération employée en pareil
» cas par les Indiens. » (*Mal. chir.*)

A cette époque, l'ouvrage de W. Balfour, publié depuis 1814 à Édimbourg, *Observations on adhesion, with two cases, demonstrative of the powers of the nature to reunite parts, which have by accident totally been separated from the animal system*, avait déjà préparé les esprits aux idées nouvelles qui allaient bientôt se répandre, lorsque

J. C. Carpue fit connaître dans tous ses détails la méthode employée par les Indiens et le succès qu'il venait lui-même d'en obtenir. *An account of two successfull operations for restoring a last nose, from the integuments of the forehead in the cases of two officers of his majesty army, to which are profited historical and physiological remarks of nasal operation.* (London, 1816.)

Une ère nouvelle commence dès ce moment pour l'autoplastie; Graëfe et Dzondi en Allemagne; les professeurs Richerand et Delpech, en France; A. Cooper et Earle, en Angleterre, rivalisèrent de zèle dans leurs essais nouveaux, donnèrent quelque popularité à certaines opérations de ce genre, et, ce qui importait plus encore, firent entrevoir le brillant avenir qui était réservé sous ce rapport à l'art des opérations.

Cette heureuse impulsion ne tarda pas, en effet, à porter ses fruits. MM. le professeur Roux, Lallemand de Montpellier, Lisfranc, Dieffenbach, Velpeau ouvrirent la carrière; ils y furent bientôt suivis par la plupart des chirurgiens, et l'on vit éclore sur l'autoplastie les importans travaux qui constituent l'état actuel de la science et que je résumerai dans la suite de cette dissertation.

# DEUXIÈME PARTIE.

## *Sphère d'application de l'autoplastie.*

Il est absolument impossible, dans l'état actuel de la science, de poser des bornes à la chirurgie sous le rapport de l'autoplastie; cette opération est beaucoup trop voisine de l'état d'imperfection dans lequel nous l'avons reçue de nos devanciers, pour qu'on puisse se permettre encore une opinion bien arrêtée sous ce rapport. L'avenir est presque tout pour elle, quoiqu'elle donne déjà les plus belles espérances, et que ses applications deviennent de jour en jour plus étendues et plus importantes.

Les cas sont nombreux, en effet, dans lesquels la chirurgie plastique doit être appliquée et peut rendre de signalés services; les grandes plaies avec perte de substance, qu'elles résultent d'un accident ou d'une opération; la destruction des parties par la gangrène, par la brûlure, par les ulcères phagédéniques de diverses sortes; les cicatrices vicieuses qui succèdent parfois à ces lésions variées, lui en fournissent tous les jours l'occasion.

L'autoplastie a particulièrement mission de remédier à certains vices de conformation naturels ou acquis de nos parties. Les vices de conformation congénitaux y donnent plus rarement lieu que les

autres; toutefois, ceux du nez, de la lèvre supérieure, de la voûte du palais, etc., en ont déjà éprouvé les bienfaits.

Dans ces derniers temps, en Angleterre, A. Cooper et Earle, en France, Delpech et MM. les professeurs Roux et Velpeau, ont encore appliqué l'autoplastie à la cure des conduits fistuleux anciens, tandis que plus récemment un jeune chirurgien fort habile et fort consciencieux, M. le docteur *Martinet de la Creuse*, vient encore d'ajouter à la liste des cas dans lesquels il convient de mettre en usage l'opération qui nous occupe, en la chargeant de fournir les chairs destinées à fermer la plaie qui résulte de l'ablation des cancers. M. Martinet croit, en effet, que cette pratique est le plus sûr moyen de prévenir la récidive de cette fâcheuse maladie. Je ne fais que signaler ici cette donnée nouvelle de l'autoplastie; j'y reviendrai avec des détails suffisans dans l'appréciation de l'importance clinique des faits qui font le sujet de ce travail.

Mais tous les cas ne réclament pas l'autoplastie d'une manière également pressante; il en est pour lesquels son application doit être presque immédiate, sous peine d'un dommage très-grand pour le malade; il en est d'autres, au contraire, dans lesquels l'opération peut, à la rigueur, être différée d'une manière indéfinie, ou même considérée comme une sorte de luxe: ainsi l'absence complète de toute la lèvre inférieure cause une perte continuelle de fluide salivaire, à laquelle il est nécessaire de mettre promptement des

bornes, pour empêcher la gêne des digestions, l'affaiblissement graduel, la mort même du malade; ainsi l'absence de la paupière inférieure, ou seulement son renversement forcé en dehors par des brides très-courtes, entraîneraient promptement l'inflammation, l'ulcération et la destruction du globe oculaire, sans le secours de l'autoplastie; tandis qu'au contraire l'absence du lobule de l'oreille et certaines mutilations peu considérables du nez permettent une temporisation aussi longue qu'on le veut.

Le mérite de la correction des difformités les plus simples par l'autoplastie n'est pas apprécié de la même manière par tout le monde: ceux-ci y attachent une grande importance; ceux-là la considèrent comme chose de luxe en quelque sorte, ainsi que je l'ai dit en commençant. Aussi, lorsque l'art est appelé à décider quelle conduite on doit tenir dans ces cas, le chirurgien consciencieux doit-il se borner à faire connaître au malade ce que l'autoplastie peut pour sa guérison, l'avantage qu'il en retirera, et le laisser ensuite seul juge de son opportunité et du moment de la faire pratiquer. On aurait, en effet, trop de reproches à se faire si, après y avoir poussé le malade on voyait survenir quelques-uns des graves accidens qui compliquent parfois les opérations les plus simples et les mieux indiquées; on ne pourrait invoquer la nécessité pour excuse, comme dans ces circonstances.

Quoi qu'il en soit, quand on pratique l'autoplastie pour une difformité ancienne, dont les bords sont

dès long-temps cicatrisés, on peut choisir le moment de l'exécuter, dans les limites pourtant que j'ai précédemment indiquées, pour certains cas dans lesquels le salut du malade ou la conservation de quelques-uns de ses organes sont prochainement en danger. Mais lorsqu'il s'agit d'une plaie récente, encore dans un état de cruentation, il faut pratiquer la restauration le plus promptement possible, après avoir cependant attendu, pour mettre les parties dans leurs rapports nouveaux, que l'écoulement du sang ait cessé; autrement une couche de ce fluide pourrait s'interposer entre les chaires et empêcher leur agglutination. Dieffenbach attribue les succès obtenus dans certains cas de séparation complète des parties, au retard forcé apporté le plus souvent par les circonstances au rapprochement. On a préféré même quelquefois attendre l'époque de la suppuration pour opérer la synthèse, comme on le verra plus tard pour les cas de M. Martinet, et comme le témoigne l'observation suivante extraite de la pratique de M Graëfe.

Ire *Observat.* Un homme âgé de vingt ans, robuste, d'une parfaite santé, d'une famille distinguée avait fait ses études à Heidelberg. Dans un duel qui eut lieu au mois de juin 1823, un coup de sabre lui emporta la partie antérieure du nez, de manière que toute sa partie cartilagineuse, depuis l'os jusqu'à l'aile droite, et une partie de la lèvre supérieure, jusque vers le milieu de la joue, tombèrent à terre.

La plaie étant grande, il y eut une perte de sang assez considérable; le lambeau du nez ramassé dans le sable, fut lavé et rattaché par un chirurgien, la plaie pansée et couverte de linge trempé dans du vin chaud. Le morceau ne reprit pas et tomba en pourriture. Du reste la plaie guérit, mais la cicatrice, en se formant, laissa une affreuse difformité; le jeune homme se crut perdu, il fuyait toute société. Ainsi s'écoula une année; alors il prit la résolution de subir une opération pour la reformation d'un nez aux dépens de la peau du bras. Cette opération fut entreprise par le professeur Chelius, seulement le 30 novembre 1824.

Cette opération n'eut pas de succès; dès le premier jour, la partie libre du lambeau de peau du bras gauche avait été fixée au moyen de points de suture; mais les bords de la plaie étaient trop distendus, le pansement ne tint pas.

Le septième jour, après le lever de l'appareil, le lambeau n'adhérait solidement qu'en haut; mais, comme il n'avait pris nulle part ailleurs, on le détacha et on le remit sur le bras, où il reprit rapidement.

La difformité primitive resta sans changement, toutefois le malade prétendait que l'opération avait produit quelque amélioration, parce que les parties osseuses dénudées s'étaient recouvertes depuis l'opération d'une membrane mince.

Ce jeune homme vint, au mois d'août 1825, à Berlin, pour se confier aux soins de M. Graëfe.

Le résultat devait paraître d'autant plus douteux ici, que deux essais avaient déjà été tentés sans succès, et qu'une peau calleuse, transparente, de la consistance d'une écaille d'œuf, et parsemée de petits vaisseaux couvrait les bords osseux.

M. Graëfe trouva aussi chez cet homme une peau généralement très-épaisse, ce qui arrive chez tous les hommes fortement constitués; le contraire a lieu chez les personnes faibles ou les femmes.

L'opération pour être dirigée avec sûreté devait être divisée en plusieurs parties, et marcher lentement.

Il fut ordonné au malade un bon régime, des bains et l'usage de l'eau de Seltz.

Le point de la peau désigné sur le bras pour servir à la formation du nez, fut entretenu dans un état d'irritation prolongée par des frictions d'huile éthérée; cette partie gagna en épaisseur, élasticité et flexibilité jusqu'au premier temps de l'opération. Sans doute cette action dynamique et mécanique entretint la disposition plastique de cette partie organique; sans doute elle contribua au succès de l'opération. Un bandage fut aussi arrangé pendant ce temps d'après le corps du malade, et appliqué pendant plusieurs jours et pendant plusieurs nuits, afin de le préparer à la position forcée qu'il devait garder.

Je dois encore faire cette remarque, que le mutilé a montré un courage, une fermeté et une présence d'esprit remarquables durant tout le temps de cette douloureuse et pénible opération.

*Première partie de l'opération.* — Le 22 juin 1825, une section d'environ deux pouces et demi de large et de plus de trois pouces de long, fut faite par deux coupes longitudinales à la face interne de l'avant-bras jusqu'aux muscles; des ligatures furent faites aux artères intéressées, la peau fut bien séparée des muscles avec les doigts, et on passa sous elle un *séton* de la largeur de la plaie. Pendant dix jours on suivait un traitement comme pour un séton, et la plaie donnait du pus qui avait une odeur fétide.

*Deuxième partie de l'opération.* — Le 3 juillet, le lambeau isolé par sa face intérieure et par ses côtés fut détaché à sa partie supérieure par une incision transverse. La cicatrisation avait eu lieu des deux côtés qui s'étaient contractés vers le milieu. On avait attendu cette cicatrisation pour en conclure la vitalité du lambeau; même chose arriva pour le bord supérieur. Le lambeau préservé par des cartes du contact de la partie musculeuse s'épaissit fortement, se gonfla et se contracta jusqu'à son entière cicatrisation; la continuité avec le bras n'existait plus qu'à la partie inférieure et transverse tournée vers le poignet, à cet endroit le gonflement persista

et il s'en écoula une matière fétide âcre, surtout à cause de la chaleur du temps. La cicatrisation du lambeau, qui ne se nourrissait que par sa partie inférieure, se fit dans l'espace de onze mois.

*Troisième partie de l'opération.* — La première transplantation eut lieu le 21 mai; après avoir rendu saignant le bout du nez restant en lui enlevant la peau, et après avoir découpé le bord supérieur du lambeau, on fixa ces parties solidement ensemble, et on les maintint dans cette position par un bandage.

Une surveillance pendant le jour et la nuit prévint le relâchement des parties.

Quoique le bras du malade fût soutenu, ce dernier souffrit beaucoup, car la saison devenant très-chaude, et l'appartement étant du côté du midi, il advint que la plaie transmettait une suppuration fétide aux fosses nasales; ce n'est que par des moyens prompts et énergiques qu'on put combattre la fièvre qui offrait un caractère typhoïde.

Dix jours s'étaient écoulés depuis cette partie de l'opération, et pendant quelques instans la vie du malade fut en danger.

Cependant tout s'améliora, la nouvelle inflammation du bout du nez et du lambeau produisit une légère suppuration, et les bords se rapprochèrent heureusement, seulement à la place des deux aiguilles existait un petit écartement.

Les aiguilles étant retirées et le lambeau de peau étant adhérent au moignon du nez, on résolut d'entreprendre la quatrième partie de l'opération, c'est-à-dire d'opérer la séparation entière du lambeau de son terrain primitif.

*Quatrième partie de l'opération.* — Cette séparation entière du lambeau du bras, qui délivra le malade des douleurs de sa position gênante et de son bandage, offrit un phénomène fort remarquable. M. Graëfe, pour conserver une portion plus grande de peau pour la formation du nez, détacha le lambeau du bras par un seul coup de bistouri dirigé obliquement; je remarquai que le lambeau qui, par l'état d'inflammation des parties, avait la même couleur que le reste du nez, pâlit subitement après son entier détachement du bras, il prit une teinte cadavérique comme un membre gelé, et dans le moment il n'en sortit que très-peu de sang; mais cet état ne dura qu'environ trente ou quarante secondes, la couleur revint, et le sang coula aussitôt avec abondance; on couvrit le nez d'éponges et de coton, on appliqua un appareil convenable.

Le lambeau devint ensuite non seulement coloré comme auparavant, mais il fut le siége d'une inflammation intense. Ce fait prouve qu'au moment de son détachement du bras le lambeau n'avait pas encore puisé beaucoup de vie sur la partie où il avait été transplanté.

Enfin le danger de l'inflammation démontra combien il avait été utile de conduire l'opération avec lenteur, d'y préparer long-temps d'avance le lambeau, et de n'avoir séparé ce dernier que peu à peu du bras. A la partie inférieure du lambeau, il y eut une inflammation croissante qui menaçait de détruire tout le fruit de l'opération; on combattit cet état au moyen du camphre, et la partie inférieure qui avait été détachée la dernière du bras, partie dont on pouvait bien se passer, fut détruite; le reste du lambeau suffit pour la formation du nez.

Enfin l'opération fut achevée d'après les procédés exposés dans les ouvrages de Graëfe; il faut en outre remarquer qu'un modèle de nez en plâtre fut appliqué avant l'opération, afin de diriger l'opérateur dans ses mesures.

*Cinquième partie de l'opération.* — Le 5 août tout était si bien cicatrisé que les incisions convenables du bord inférieur pouvaient être faites afin de préparer celui-ci pour la formation des narines et du septum, ce qui eut lieu.

*Sixième partie de l'opération.* Au mois d'octobre on put faire les narines au moyen d'excisions, et l'introduction des canules put avoir lieu; des indications avec de l'encre marquaient la direction primitive du nez et servaient de guides. Toute la circonférence des narines se cicatrisa; il resta une petite ouverture là où un point de suture avait été

déchiré, ce qui retarda la guérison complète; cette petite plaie résista à tous les moyens curatifs employés. Enfin la force de la nature en rapprocha les bords; de manière que la pointe d'une aiguille pût à peine pénétrer à travers.

La peau du nez ne s'est pas seulement organisée de nouveau pendant le travail inflammatoire, elle s'est aussi étendue au-delà des os, comme une peau surajoutée; mais, ce qui paraît encore plus merveilleux, la peau perdit peu à peu la consistance grossière qu'elle avait au bras, ainsi que ses poils, et prit peu à peu la texture fine de celle du visage. Enfin étant même instruit de l'opération, c'est à peine si on pouvait soupçonner que l'art avait reproduit cet organe; et le jeune opéré auquel le désespoir n'avait laissé d'autres ressources que le suicide, put rentrer dans la vie active et y poursuivre sa carrière. *(Wolfart, trad. par M. Schoengruin.)*

On se tromperait gravement, si l'on croyait que la restauration d'une partie par une autre partie du même individu, est toujours et nécessairement le produit de l'art. La nature, en effet, si variée dans les efforts qu'elle fait sans cesse pour notre conservation, y procède quelquefois elle-même par voie d'autoplastie; et ici, comme dans mille autres circonstances, nos procédés ne sont guère qu'une imitation de ceux qu'elle a mis en usage avant nous.

La tendance autoplastique de la nature se révèle dans des circonstances semblables à celles qui déterminent le chirurgien à agir; mais ses résultats sont

loin d'être toujours avantageux pour l'organisation; quelquefois même ils constituent des difformités auxquelles les efforts autoplastiques de l'art sont par la suite appelés à porter remède : ainsi la nature fait une véritable autoplastie lorsque dans une plaie avec perte de substance, la membrane inodulaire attire à eell, par un véritable emprunt, la peau des parties voisines; aïnsi c'est encore un travail autoplastique naturel, moins heureux seulement, que la production des brides des paupières dans certains ectropions graves qui succèdent à des brûlures.

Les efforts autoplastiques de la nature ne se bornent pas toujours à la réparation simple d'une partie détruite de la membrane tégumentaire; il leur arrive, plus rarement sans doute, mais enfin il leur arrive parfois, d'amener de plus grands résultats : ainsi il n'est pas rare, à la suite des vastes dépôts urineux des bourses, d'observer une complète destruction des enveloppes des testicules et de la peau de la verge; pendant un temps assez long ces parties restent dénudées, les testicules suspendues à l'anneau par leur cordon, mais bientôt la peau de la partie supérieure et interne des cuisses, celle du périnée et de la région pubienne est attirée, et la perte de substance disparaît; ainsi j'ai observé à l'hôpital Beaujon un exemple non moins curieux que les précédens de réparation spontanée d'une paupière aux dépens de la peau de la partie supérieure de la joue.

*Observation.* Une femme âgée de quarante-deux ans fut reçue à l'hôpital Beaujon en 1834, et couchée salle St-Nicolas n° 32, pour y être traitée d'une affection syphilitique compliquée; elle raconta que son mari lui avait communiqué trois fois des chancres, et que, dans un cas, elle avait eu un bubon dans l'aine droite. Les traitemens qu'elle avait suivis avaient toujours été très-incomplets; chaque fois elle les avait suspendus, dès qu'elle avait vu disparaître les premiers symptômes de son mal.

A son entrée on n'observe ni écoulement, ni chancres du côté des organes génitaux, mais le front est couvert de pustules entourées d'une auréole violacée dans certains lieux, cuivrée dans d'autres; une exostose existe sur la face antérieure du sternum; des ulcérations occupent la voûte palatine; mais ce qui attire surtout mon attention, au milieu de ces désordres variés, c'est l'état des paupières du côté gauche : le bord libre de la paupière supérieure de ce côté, en effet, est ulceré près de son extrémité externe, et quelques fongosités s'élèvent du fond de cette ulcération; toute la paupière inférieure a disparu; un vaste ulcère à bords durs et taillés à pic, à fond grisâtre, occupe toute cette région; on aperçoit et l'on sent avec le doigt, vers la partie inférieure de la solution de continuité, le relief du bord inférieur de l'orbite revêtu de son périoste. La partie inférieure de l'œil est à découvert; la conjonctive est rouge; la cornée est grisâtre et obscurcie par des taches dans sa demi-circonférence inférieure.

Dès la première vue de cette malade, je dois déclarer que la destruction de la paupière inférieure fut la chose qui me frappa surtout, et qu'avant d'avoir des idées arrêtées sur la nature de son affection, j'avais déjà songé aux secours qu'elle pourrait retirer de l'autoplastie; mais bientôt une appréciation plus exacte de la cause du mal me fit presque oublier ce projet, ou plutôt m'en fit remettre l'exécution à une époque plus éloignée. L'indication immédiate, en effet, était évidente : il fallut se hâter d'arrêter les ravages d'un mal devenu constitutionnel; et des tentatives d'autoplastie faites à cette époque eussent été tout-à-fait infructueuses. La tisane de Feltz et un régime approprié furent prescrits; on pansa l'ulcère avec un plumasseau chargé d'onguent napolitain.

Au bout de quelques semaines de ce traitement, les pustules du front avaient disparu, l'exostose sternale s'était affaissée, et les ulcérations de la bouche et des paupières avaient pris un aspect plus satisfaisant. (Cautérisation des ulcères avec le nitrate acide de mercure.)

Les jours suivans, le mieux se soutient. On remarque que l'ulcération de la paupière est un peu moins étendue dans le sens vertical; son bord inférieur est remonté à la hauteur du rebord orbitaire. (On continue la cautérisation.)

Le quarantième jour, le bord inférieur de l'ulcération est élevé d'une ligne au dessus du rebord orbitaire. Le quarante-cinquième jour, il dépasse ce bord

de deux lignes environ. A deux mois, à mon grand étonnement, la paupière inférieure est presque tout-à-fait régénérée : la partie inférieure de l'œil est recouverte ; la conjonctive n'est plus rouge ; les taches de la cornée sont réduites de beaucoup; la paupière supérieure rencontre l'inférieure en s'abaissant ; et si celle-ci était pourvue de cils, si la peau de la région malaire n'était un peu tiraillée en haut, on serait tenté de croire que rien n'a été changé à l'état normal ; il est surtout tout-à-fait impossible, à cette époque, de se faire une juste idée de toute l'étendue de la destruction que les parties ont soufferte.

Le soixante-quinzième jour, la paupière est encore un peu fongueuse en arrière, et légèrement bridée sur l'œil; les ulcérations de la bouche ne sont pas encore cicatrisées. Depuis lors le traitement par la tisane de Feltz et par la cautérisation a été continué encore un mois environ, et à cette époque la malade est sortie de l'hôpital. Sa paupière inférieure était devenue souple et très belle, mais une des ulcérations du palais persistait encore.

Ce n'est pas seulement à la réparation des parties extérieures du corps que se borne le travail autoplastique de la nature ; souvent il a porté ses fruits dans des circonstances plus graves que celles qui nécessitent ordinairement les efforts de l'art. Ainsi dans les hernies avec gangrène bornée à quelques points seulement d'une anse d'intestin, si celui-ci a été replacé dans la cavité abdominale, il ne survient pas

nécessairement pour cela un épanchement de matières dans le péritoine: à la faveur de l'inflammation éliminatoire qui se développe autour des petites plaques gangréneuses indiquées, des adhérences s'établissent entre l'intestin malade et les parois abdominales, l'épiploon ou même une anse saine de l'intestin, l'escarre se détache, elle devient libre dans la cavité de l'intestin, et celui-ci, malgré la solution de continuité qu'il a subie, n'offre aucune perforation, grâce à l'emprunt qu'il a fait aux parties voisines. Il est peu de chirurgiens qui n'aient eu occasion de faire des obsevartions qui viennent à l'appui de ces remarques: Desault, dont l'expérience est décisive sur ce point, a réduit un intestin qui présentait une escarre d'un pouce de diamètre, sans qu'aucun symptôme subséquent soit venu indiquer la moindre altération dans sa continuité; et il a donné le conseil d'imiter cette conduite dans les cas analogues.

Ainsi dans les plaies du canal intestinal, comme M. Jobert l'a directement observé, la guérison s'opère quelquefois par les seules forces de la nature, malgré la tendance des bords de ces plaies à se renverser en dehors et à laisser l'intestin ouvert. La partie blessée vient effectivement se mettre en rapport avec l'épiploon, le mésentère, ou quelque autre portion du péritoine; parfois même l'épiploon s'interpose entre les lèvres de la plaie, des adhérences s'établissent, et, comme dans les cas de hernies, le canal intestinal a sa paroi constituée dans une plus ou moins grande étendue par un organe étranger.

Combien de fois, d'autre part, n'a-t-on pas vu de vastes ulcérations de l'estomac détruire complétement certaines parties de ce viscère, sans que pour cela aucun épanchement se fût fait dans la cavité du péritoine! M. le docteur Vosseur, par exemple, a rapporté un cas dans lequel la plus grande partie de la face antérieure de la portion pylorique de ce viscère avait été détruite, et remplacée heureusement par la face inférieure du foie.

## TROISIÈME PARTIE.

### *Des différentes espèces d'autoplastie.*

Si l'on ne connaissait à l'avance avec quelle hésitation, j'allais dire avec quelle incrédulité, l'esprit humain accueille les faits nouveaux qui sont à de longs intervalles apportés dans la science, on ne serait pas peu étonné de voir combien de temps il a fallu pour que l'autoplastie sortît du cercle étroit de la réparation des difformités nasales. Ce n'est pourtant ni l'ancienneté ni l'importance qui manquent à cette méthode opératoire; mais long-temps on a été prévenu contre elle; sans doute à cause de la défaveur qui devait s'attacher à une opération qui prétend à une sorte de création des parties dé-

truites, et plus eneore en raison des contes ridieules au milieu desquels on s'est plu trop souvent à envelopper la vérité.

Heureusement eette époque difficile est passée pour l'autoplastie ; la vérité eommenee à se faire jour : la rhinoplastie, qui servit d'abord presque seule de point de départ à toutes les tentatives autoplastiques, n'apparaît plus maintenant que eomme une espèee de ee genre opératoire; et e'est sans doute pour satisfaire au besoin généralement senti de l'introduetion d'une méthode sévère dans la nomenelature des faits qui arrivent de toutes parts, que j'ai été ehargé de traiter ee sujet.

Quoi qu'il en soit, l'autoplastie eomprend déjà un bon nombre d'espèces : La *rhinoplastie*, la *blépharoplastie*, *l'otoplastie*, la *cheiloplastie*, la *génioplastie*, la *staphyloplastie*, *l'uranoplastie*, la *bronchoplastie*, *l'oschéoplastie*, *l'urétroplastie*, la *cystoplastie*, *l'entéroplastie*, et eette autre *autoplastie* qui a pour but la eure radieale des hernies.

Loin de moi l'idée de décrire en partieulier les diverses espèces dont je viens de faire l'énumération ; ce serait, en effet, deseendre de la hauteur des généralités que me preserivent la lettre et l'esprit de ma question ; je veux seulement les définir exaetement les unes et les autres, afin de bien marquer les faits qui doivent former les élémens de ee travail. Mais

avant toutes choses je dois faire remarquer que si la dénomination d'autoplastie, donnée au genre opératoire que je décris, entraîne nécessairement l'idée que les opérations qu'il renferme ont lieu à la faveur d'un emprunt fait sur l'individu qui les supporte; il n'en est pas tout-à-fait de même pour les qualifications spécifiques de rhinoplastie, etc., qui expriment seulement le fait de création du nez, etc., au moyen d'un emprunt, sans spécifier si celui-ci a eu lieu sur le même ou sur un autre individu. Mais sans parler du peu de créance qu'on doit ajouter aux faits *d'étéroplastie* qui ont été rapportés par quelques personnes, je déclare que, dans mon opinion, leur authenticité fût-elle mise hors de doute, elle n'empêcherait pas que la *rhinoplastie*, etc., ne fussent pour nous de simples autoplasties. Notre art, en effet, repousse à la fois comme odieuses et criminelles les mutilations d'esclaves au profit de leur maître, dont l'Orient a, dit-on, offert plus d'un exemple, et les transactions honteuses qui auraient pour but la restauration d'une partie.

1° La *rhinoplastie* est l'autoplastie nasale; elle peut être pratiquée dans une plus ou moins grande étendue, suivant le degré de la mutilation du nez; c'est pour elle qu'ont été créés d'abord les principaux modes opératoires de l'autoplastie; c'est presque seulement à son occasion qu'on a eu l'idée de

transplanter un lambeau de peau du bras ou de l'avant-bras à la face.

2° La *blépharoplastie* est l'autoplastie palpébrale ; comme la rhinoplastie, elle présente plus d'un degré suivant l'étendue de la perte de substance que les paupières ont soufferte : on l'applique, en effet, tantôt à la formation d'une paupière tout entière, et tantôt à la réparation simple de la couche tégumentaire de cette partie, comme on peut le voir dans les deux observations suivantes.

IIe *Observation.* Le 14 avril 1835, une jeune fille nommée Élisa Allaume, âgée de 10 ans, d'une constitution chétive, vint à la Pitié se faire traiter d'un ectropion de la paupière inférieure droite.

Dans sa première enfance, elle avait eu au cou plusieurs tumeurs scrophuleuses, qui se sont pour la plupart abcédées, et ont laissé des cicatrices difformes. L'une de ces tumeurs, plus grave, se manifesta, dès l'âge de dix ans, au niveau du bord inférieur de la base de l'orbite du côté droit ; l'os subjacent fut frappé de nécrose dans ses lames superficielles ; la peau largement décollée et amincie, tomba en gangrène ; et, lors de la cicatrisation, la paupière inférieure fut entraînée de telle sorte, que son bord libre vint adhérer au bord osseux inférieur de la base de l'orbite, et que sa face postérieure se tourna complètement en avant. Depuis

cette époque, la malade fut presque continuellement affectée d'ophthalmies plus ou moins intenses, qui la privaient de la vue quelquefois pendant des mois entiers.

Lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, la paupière inférieure droite était complètement renversée; la conjonctive était enflammée et rouge dans toute son étendue; les larmes coulaient involontairement sur la joue; la lumière était devenue insupportable. Il était impossible de songer à relever la paupière en excitant la conjonctive. Celle-ci, en effet, ne faisait pas bourrelet, et le bord libre de la paupière était adhérent aux os du bord inférieur de l'orbite.

Je résolus dans ce cas d'appliquer la blépharoplastie, ce qui fut exécuté le 1er mai. Pour cela après avoir incisé dans toute sa longueur la cicatrice vicieuse, et décollé l'adhérence de la paupière, je taillai sur la partie antérieure de la tempe droite un lambeau dont la mesure avait été préalablement prise avec soin. Ce lambeau, à sa base inférieure, avait une longueur de deux pouces et demi et une largeur de six lignes environ; il fut détaché jusqu'à sa base et appliqué, par un mouvement de torsion, dans l'intervalle des lèvres, à la place résultant de l'incision de la cicatrice.

Aucun point de suture ne fut employé, des bandelettes agglutinatives suffirent pour maintenir le

lambeau en place; la plaie de la tempe fut réunie également avec des bandelettes.

L'agglutination du lambeau était complète au bout du cinquième jour, seulement il faisait un relief assez considérable; mais, par les progrès de la cicatrisation, ce relief diminua peu à peu et n'offrait déjà plus rien de choquant le 8 juin, lorsque je présentai la malade à l'académie. La paupière alors était parfaitement relevée; elle avait repris sa forme normale et recouvré ses mouvemens. L'ophthalmie avait disparu, et la malade ne conservait de sa difformité qu'une légère saillie au dessous de la paupière; encore cette saillie diminue-t-elle tous les jours. *(Gazette médicale.)*

III[e] *Observation.* Le 21 mars 1835, M. Jobert admit dans ses salles une femme nommée Guyot (Thérèse), âgée de 28 ans, journalière.

Cette femme portait une tumeur cancéreuse de la paupière inférieure droite; maladie qui débuta, il y a environ trois ans, par un bouton de la grosseur d'une lentille, situé sur la partie moyenne de cette paupière; les progrès de ce bouton furent insensibles pendant un an; au bout de ce temps, il fut cautérisé avec le nitrate d'argent. La cautérisation ne produisit aucune amélioration; mais la maladie ne parut pas s'aggraver. Vers la fin du mois de mai 1834, cette femme, voulant être débarrassée de son mal, qui, sans faire de grands progrès, entretenait l'œil dans un état

continuel d'irritation, consulta de nouveau le médecin qui lui avait donné ses soins. Celui-ci, voyant que la cautérisation n'avait point arrêté la maladie, qu'au contraire celle-ci avait pris un certain développement, se décida à l'enlever avec l'instrument tranchant; mais voulant épargner la surface extérieure de la paupière, il l'attaqua par sa surface muqueuse. A la suite de cette opération, une ophthalmie intense se déclara, et l'affection palpébrale, loin de se borner, fit des progrès plus rapides. On cautérisa encore plusieurs fois, et la malade mit en usage différentes eaux et différentes pommades, qui toutes lui étaient vantées comme infaillibles. Le mal s'aggravait chaque jour surtout depuis six semaines, à la suite de son sixième accouchement, qui n'avait rien offert de particulier. C'est alors qu'elle se décida à entrer à l'hôpital Saint-Louis. Tels sont les renseignemens qu'on a pu recueillir sur cette malade.

Le 28 mars, lendemain de son entrée à l'hôpital, on observe que cette femme est d'une bonne constitution, n'a jamais eu de maladie grave, surtout de syphilis. Ses parens n'ont jamais eu d'affection cancéreuse; elle ne présente elle-même aucune trace de la diathèse cancéreuse; l'affection de la paupière est toute locale.

Toute la paupière inférieure droite est envahie par une ulcération grisâtre, présentant des bourgeons fongueux qui laissent écouler une sérosité purulente; cette ulcération, après avoir détruit la surface exté-

rieure de la paupière, s'est étendue à son bord libre, s'est réfléchie sur la muqueuse qui tapisse sa face interne, et enfin sur celle qui tapisse le globe oculaire; elle s'étend sur la cornée transparente, autour de la moitié inférieure de laquelle elle forme un bourrelet saillant d'une ligne environ, sans cependant lui être adhérente. Les douleurs, que la malade caractérise elle-même du nom d'élancemens, sont peu vives; elles sont plus fortes lorsque les points malades sont exposés au contact de l'air; elles n'augmentent pas durant la nuit. Jamais cette surface ulcérée n'a fourni de sang, si ce n'est quelques gouttelettes lorsqu'elle est irritée par le frottement. Cette femme assure qu'après être restée long-temps sans faire de progrès sensibles, la maladie s'accroît beaucoup plus rapidement depuis six semaines, époque de sa dernière couche; elle désire vivement en être débarrassée.

M. Jobert pensa qu'il n'y avait d'autre traitement à employer que l'enlèvement de toute la partie malade; mais la conjonctive oculaire était altérée : on ne pouvait se borner à enlever seulement la paupière, sans s'exposer à une prompte récidive qui aurait bientôt envahi le globe oculaire lui-même. L'extirpation de l'œil paraissait donc offrir seule une chance certaine de guérison; mais la vision était parfaite, et il était pénible de sacrifier le globe oculaire pour une lésion bornée à la muqueuse qui le revêt. L'opération fut différée de quelques jours, et M. Jo-

bert chercha s'il ne pourrait pas faire ici une nouvelle application de la blépharoplastie ; ce qu'il exécuta le 6 avril.

La malade assise sur une chaise est maintenue par ses aides. L'opérateur, pour faciliter les mouvemens, fendit avec le bistouri la commissure externe de la paupière dans une étendue de 6 à 7 lignes; puis faisant au dessous de la limite du mal une incision courbe, qui cernait toute cette paupière, il l'enleva tout entière. Restait alors la conjonctive oculaire déjà cancéreuse. Une dissection délicate et pénible la détacha du globe oculaire, et elle fut excisée. Il existait alors une plaie d'une étendue considérable qui laissait l'œil sans aucune protection contre les corps étrangers, dans une grande partie de son étendue. On sait que Boyer considérait cet inconvénient comme assez grave pour faire prescrire l'opération lorsque la paupière tout entière était atteinte de dégénérescence cancéreuse; le mal qui devait en résulter, disait-il, étant plus intolérable et tout aussi dangereux que le cancer. Aussi M. Jobert ne s'arrêta pas là; avec un bistouri convexe, il taille aux dépens de la joue un lambeau de forme triangulaire, mais très alongée, dont le sommet répondait à peu près vers la partie moyenne de l'os malaire, et la base vers la partie moyenne de la face externe du nez; ce lambeau d'un pouce et demi de long, sur quatre à six de large environ, étant disséqué avec soin, M. Jobert le renversa en faisant éprouver à son

pédicule une légère torsion, et vint l'appliquer à la place de la paupière qu'il avait enlevée; de manière que son sommet correspondît à l'incision faite à la commissure externe. Il fut maintenu dans cette nouvelle position, par deux points de suture entortillée. Peu de sang s'écoula durant l'opération; la plaie fut pansée avec de l'agaric enduit de cérat, maintenu par un bandage convenable, médiocrement serré.

Le premier pansement ne fut fait que le quatrième jour après l'opération. La plaie est dans le meilleur état; l'adhérence du lambeau est presque complète, un des points de suture est enlevé; l'autre le fut le lendemain; à peine cette malade a-t-elle éprouvé une légère fièvre traumatique.

Ce ne fut que trois semaines après l'opération que M. Jobert coupa le pédicule du lambeau. Cette section fut peu douloureuse; l'extrémité du lambeau fut placée à la commissure interne de la paupière; il ne fut pas même nécessaire de raviver la surface correspondante, ni d'employer de nouveaux points de suture; le lambeau vint s'appliquer en quelque sorte de lui-même, et comme par une véritable élasticité sur la place qu'il devait occuper. La cicatrisation ne tarda pas à être complète, et l'on put s'assurer alors que la paupière de nouvelle formation était douée de mouvement; qu'elle pourrait parfaitement remplir le but que l'on s'était proposé, et que l'absence seule des cils pouvait détruire l'illusion.

Depuis cette époque, aucun accident n'est survenu; quelques bourgeons charnus s'étaient développés

sur le bord de la paupière correspondante, à son adhérence avec le globe oculaire, ils ont été promptement réprimés au moyen de la poudre d'alun calciné, et de cautérisations légères avec le nitrate d'argent. (*Gaz. méd.*)

3° L'*otoplastie*, est la réparation plastique des difformités auriculaires. Quoique d'une assez médiocre importance, elle a cependant été indiquée par Celse. Autant elle est impuissante à reproduire le pavillon de l'oreille tout entier, autant elle paraît devoir être efficace quand elle est appliquée à la formation de l'une de ses parties. Dieffenbach est presque le seul qui nous en fournisse un exemple.

IV° *Observation.*—L**, jeune homme âgé de 27 ans, d'une santé florissante, se trouvant enveloppé dans une rixe dont un lieu public devint le théâtre, l'un des gendarmes qui étaient venus pour l'apaiser lui enleva d'un coup de sabre le haut de l'oreille. Cette partie avait été tranchée dans une direction presque horizontale; la plaie ne présentait qu'un peu d'obliquité d'avant en arrière, et la pointe du sabre avait traversé en même temps la portion correspondante des tégumens de la tête jusqu'au crâne, sans entamer toutefois la boîte osseuse. Le blessé fut reçu à la Charité, dans ma division, où il fut traité par les applications froides. La partie enlevée à l'oreille avait

(1) Οὖς, ὠτός, *auris*, oreille.

une étendue considérable, un demi-pouce de largeur, et un pouce et demi en longueur. Néanmoins l'oreille était défigurée de la manière la plus désagréable par cette perte de substance.

La plaie de l'oreille et celle de la tête étaient déjà dans un état d'inflammation à l'arrivée du malade à l'hôpital. Les applications froides furent continuées jusqu'à ce qu'il fût possible de panser les plaies avec un onguent simple, et la guérison eut lieu de cette manière au bout de plusieurs semaines. Je crus alors, dit Dieffenbach, que le moment était venu de tenter l'opération de l'*otoplastie* que le malade désirait beaucoup, en sorte qu'il ne fut pas besoin de l'y engager. J'y procédai de la manière que voici, avec l'assistance de M. le docteur Plettner, chirurgien militaire. D'abord je fis avec des ciseaux la résection du bord cicatrisé de l'oreille dans la largeur d'un mince tuyau de paille. Ensuite je fis dans le sens de la plaie du bord de l'oreille, et parallèlement à la cicatrice de la tête, mais un peu au dessous, une incision longue d'un pouce trois quarts, à travers les tégumens de la tête; puis, je fis aux deux angles de la plaie, et dans la partie supérieure des tégumens, deux incisions perpendiculaires à la première, et à peine longues d'un tiers de pouce. Ce lambeau, qui représentait un rectangle étroit, fut alors détaché du fond et adapté à la plaie de l'oreille, au moyen de 5 à 6 points de suture. Une bandelette mince et enduite d'huile, fut passée enfin sous le lambeau de part en part, puis

roulée et fixée à l'extrémité antérieure de la plaic, afin d'en pouvoir amener chaque jour dans le trajet de cette plaie une portion nouvelle, comme cela sc fait pour un séton. Après cette opération, on fit usage encore dcs applications froides.

La réunion des bords de la plaie se fit bien, de sorte que les sutures purent être enlcvées du troisième au sixième jour. Au milieu de la cicatrice récente existait une petite fistule qui se ferma dans l'espace dc huit jours. Trois semaines environ après cette opération, j'exécutai l'excision d'un lambeau de la peau de la tête, de forme semi-lunaire et dont la grandeur dépassait d'un tiers celle de la partie que j'avais à restaurer. Aussitôt après la dissection, le lambeau se décolora, puis, au bout de quelques minutes, il reprit la couleur de la vic. Je fis appliquer un plumasseau enduit d'un onguent simple à la face postérieure du lambeau, qui était couverte de granulations; je fis mettre de la charpie sèche et des applications froides par dessus la plaie de la région temporale, après la dissection de la peau. Peu à peu le lambeau transplanté se rapetissa et s'arrondit à son pourtour. Huit jours après la dissection de ce lambeau, une piqûre d'aiguille y fut déjà tentée, et elle prouva la persistance de la sensibilité; cependant la couleur était encore d'un rouge foncé à la surface extérieure; mais elle pâlit insensiblement ct se rapprocha de celle du reste de l'oreille. La cicatrisation de la surface postérieure du lambeau se fit très

lentement et dura au-delà d'un mois, malgré l'application journalière d'une faible solution de pierre infernale. Enfin cette restauration fut achevée par une nouvelle incision à la partie antérieure du pavillon; cette incision fut faite à la réunion du lambeau transplanté avec l'oreille, et l'accollement de ces parties assuré ensuite par une nouvelle suture. L'oreille avait été restaurée d'arrière en avant, et la réunion n'était pas complète au bord antérieur. Voilà ce qui nécessita la dernière incision et une suture nouvelle. Du reste, cette oreille restaurée est très bien conditionnée, seulement elle est encore un peu plus rouge qu'une oreille ordinaire.

4° La *cheiloplastie* ou *chyloplastie*(1) est l'autoplastie des lèvres; c'est une des opérations de ce genre qui présentent le plus d'importance, et qui réussissent le plus complètement; il est peu de chirurgiens qui n'aient eu occasion de la pratiquer, soit pour remédier à des vices de conformation, soit pour réparer immédiatement la difformité qui résulte de l'ablation d'un cancer des lèvres; je n'en citerai ici aucun exemple parce que j'aurai occasion d'en rapporter plusieurs par la suite, à l'appui des divers modes opératoires généraux de l'autoplastie.

5° La *Génioplastie* (2) est l'autoplastie des joues; souvent on pratique en même temps la génioplastie et la cheiloplastie, parce que souvent aussi les lèvres

(1) Χεῖλος, εὸς, *labrum*, lèvre.

(2) Γενεῖον, *gena*, joue.

et la portion voisine des joues sont affectées par les mêmes vices de conformation, ou sont attaquées par les mêmes instrumens pendant les opérations. Des plaies avec perte de substance, des affections gangréneuses, de simples brides de la membrane muqueuse, comme on le verra dans les observations suivantes, etc., peuvent donner lieu à cette opération.

V[e] *Observation.* — Un jeune garçon âgé de sept ans, auquel un médecin avait administré pendant plusieurs semaines une grande quantité de calomel, pour le guérir de la fièvre scarlatine, vint se présenter à mon examen. Ce traitement mercuriel avait produit une salivation effroyable, et pendant la cicatrisation des ulcères, les deux joues avaient contracté des adhérences avec les bords alvéolaires. Le pauvre enfant ne pouvait nullement ouvrir la bouche et ne vivait que de matières liquides. Pendant la dissection de la joue, je rencontrai plusieurs portions circonscrites de la membrane muqueuse restée saine, surtout du côté gauche, ce qui me dispensa d'avoir alors recours à la transplantation. De l'autre côté, où la réunion anormale était générale en avant, j'excisai avec les ciseaux, de la partie postérieure de la face interne de la joue, un lambeau d'un pouce et demi de longueur que je renversai et que j'attachai à la partie moyenne de cette même face, en le faisant ainsi presque toucher à la commissure des lèvres. Je fis faire ensuite de fréquentes injections d'eau froide dans la bouche, et, le troisième

jour, le lambeau était si solidement réuni que je pus retirer les deux fils antérieurs. Je n'osai pas enlever les postérieurs, d'autant plus que la tuméfaction de la bouche rendait plus difficile de les atteindre. Ils tombèrent d'eux-mêmes quelques jours plus tard. L'enfant était radicalement guéri. (*Dieffenbach*, *Traduction inédite de M. Brandt.*)

VI^e *Observation.*— Un garçon âgé de dix ans présentait une occlusion de la bouche produite par une réunion anormale de la joue gauche avec la mâchoire. Du côté droit la surface interne de la joue était libre. Les dents molaires droites seules pouvaient être écartées d'une ligne; c'est par cette fente que l'enfant se nourrissait misérablement.

Cette occlusion de la bouche avait été déterminée par la métastase d'un typhus qui s'était jeté sur la joue gauche et la mâchoire de ce côté. Il y avait alors à craindre que le malade ne perdît sa joue tout entière et dans toute son épaisseur; elle avait le volume d'un poing et était rouge et dure. La tuméfaction tomba aussitôt que s'opérèrent l'élimination et la chute de toute la surface interne gangrénée, dont l'épaisseur était égale à la moitié de celle de la joue, ainsi que d'une partie du *processus alveolaris* avec les dents molaires que la maladie avait également frappées de mort.

Je prescrivis une décoction de quinquina et des acides pour soutenir les forces de l'enfant qui avait été très affaibli; l'injection d'une faible dissolution de chlorure de chaux en gargarisme; car la mau.

vaise odeur qui s'exhalait de la bouche infectait toute l'atmosphère de la chambre, pour peu qu'on tardât quelques heures seulement à répéter l'injection. Enfin toutes les parties malades ayant été séparées, on fit dans la bouche de fréquentes lotions avec une infusion de camomille qui amenèrent la guérison, mais suivie malheureusement de la réunion anormale de la bouche avec la mâchoire. Tous les efforts pour empêcher ce funeste résultat, soit par la distension graduée et forte contraction exercée sur la mâchoire inférieure, soit par des frictions faites avec de petits linges imbibés de cette substance, restèrent sans aucun fruit.

Les forces du petit malade s'étant complétement rétablies, j'entrepris la séparation de la joue d'avec la mâchoire à l'aide des ciseaux. La masse des cicatrices était si dure qu'elle criait sous l'instrument. L'adhérence était surtout très intime derrière la dernière dent molaire qui avait été perdue. Cet endroit, comme le plus saillant, étant surtout très favorable à une rechute, je désirai le recouvrir d'une portion de la membrane muqueuse et j'y réussis en excisant de la surface interne de la joue une bride de cicatrice recouverte d'une pellicule, que je tirai sur l'angle de la mâchoire où je la fixai par une suture à l'aide d'une petite aiguille courbe à chas, dont je me sers pour fermer certaines ouvertures du voile du palais.

Le traitement consécutif consista en injections d'eau froide souvent répétées. Le résultat de l'opération fut très favorable. Sous l'influence de l'em-

ploi continu de froid, la surface interne de la joue commença, quinze jours après, à se recouvrir d'un tissu de cicatrice; la bride transplantée s'était complétement réunie, et trois semaines après l'enfant était parfaitement guéri. Le plus grand écartement possible de la mâchoire inférieure d'avec la supérieure était d'un petit pouce; l'orifice buccal était suffisamment large pour recevoir toute espèce d'aliment. (*Dieffenbach*, *Traduction inédite de M. Brandt.*)

6° La *staphyloplastie* (1) est l'autoplastie du voile du palais; d'une grande importance, mais d'une exécution et d'un succès difficiles; elle a été conçue par M. le professeur Roux, pour les cas de perforations accidentelles du voile du palais, et pour ceux de bifidité de la même partie, avec large écartement de la voûte palatine.

7° L'*uranoplastie* (2) est l'autoplastie de la voûte palatine, imaginée par M. Roux, pour faciliter ultérieurement l'opération de la staphyloraphie, dans les cas de division du voile du palais et de la voûte palatine; elle pourrait également être appliquée aux cas de simple perforation de cette dernière.

M. Krimer l'a pratiquée avec un succès complet.

VII<sup></sup>e *Observation*. Une jeune fille agée de 18 ans avait le palais osseux divisé jusque auprès de l'arcade alvéolo-dentaire, par une fente qui avait presque

(1) Σταφύλη, *uvula*, luette.

(2) Ουρανος, *palatum*, palais.

le point de sa plus grande largeur. Une incision longitudinale fut faite, de chaque côté, sur les parties molles du palais, à quatre lignes de distance du bord de la division; en devant, les deux incisions venaient se réunir en formant un angle obtus; en arrière, elles se perdaient dans les rudimens du voile du palais. Les deux lambeaux, de forme conique, furent séparés de l'os par leur bord palatin; renversés en dedans et réunis par quatre points de suture; les anses furent fixées avec des vis en or. Le dixième jour la première anse fut retirée; la voûte palatine était parfaitement close, mais la parole resta défectueuse, probablement parce que le voile du palais était très imparfait.

8° La *bronchoplastie* (1) est l'autoplastie des voies aériennes; de date toute récente, la bronchoplastie a été instituée par M. le professeur Velpeau pour l'oblitération d'une fistule laryngée qui avait résisté à l'emploi de tous les autres moyens. J'en citerai une observation par la suite. Le mode opératoire qui lui a été appliqué par M. Velpeau, peut être mis en usage pour l'occlusion d'autres trajets fistuleux, aussi forme-t-il un type sous ce rapport, comme on le verra par la suite.

9° L'*oschéoplastie* (2) est l'autoplastie des bourses; la nature a recours elle-même à une sorte d'oschéoplastie, pour remédier à la destruction de la peau de

(1) Βρούχος *guttur*, gorge.
(2) Οὔσχεον *scrotum*.

un pouce dans ces régions, qui résulte souvent des vastes infiltrations urineuses. Delpech, MM. Clot-Bey et Velpeau l'ont pratiquée après l'ablation des cas de tumeurs éléphantiaques considérables.

10° L'*uréthroplastie* (1) est l'autoplastie de l'urèthre ; elle a pour but l'oblitération de fistules plus ou moins larges du conduit excréteur de l'urine : cette opération a d'abord été pratiquée en Angleterre par Earle et sir A. Cooper ; depuis elle l'a été par plusieurs autres chirurgiens de tous les pays.

11° La *cystoplastie* (2) est l'autoplastie *vésicale ;* elle a été appliquée par M. Jobert, qui le premier l'a mise en usage pour la cure des fistules vésico-vaginales ; elle pourrait également convenir pour quelques autres cas de fistules entretenues par la perforation du réservoir urinaire. M. Jobert l'a appelée élytroplastie ; mais, à mon sens, le nom de cystoplastie lui convient mieux, parce que la reconstitution de la paroi vésicale pour empêcher la filtration de l'urine, est surtout le but qu'on se propose dans cette opération.

VIII^e *Observation.* Eugénie V... de la Rochelle, âgée de 36 ans, a été admise, le 21 avril 1834, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Jobert. Elle raconte que, dans le mois d'août de l'année 1832, étant parvenue au neuvième mois d'une première

(1) Οὐρήτρα, *uretra*, conduit, urèthre.

(2) Κυσθισ, εῶς, *vesica*, vessie.

grossesse, elle eut un accouchement laborieux, qui, après trois jours de souffrances, fut terminé par le forceps.

Peu de temps après, elle éprouva les accidens qui dépendent d'une inflammation de la vessie et des organes de la génération : on les combattit par les antiphlogistiques, qui produisirent les effets désirés : le ventre tendu et douloureux à la pression se ramollit et devint indolent au bout de quelques jours; les urines, qui, depuis quatre jours, avaient cessé de couler, sortirent en abondance vingt-quatre heures après l'expulsion de l'enfant; mais la malade sentit qu'au lieu de s'écouler par l'urèthre elles s'échappaient par le vagin. Les seins se ramollirent et s'affaissèrent; il y eut agalactie et une aménorrhée qui ne cessa que dix mois après l'accouchement.

Dans les premiers mois qui suivirent l'accident, l'écoulement des urines s'opérait sans discontinuer par le vagin; mais dans la suite il ne se faisait plus que par intervalles, et, lorsque deux ans après ses couches, la malade se détermina à recourir aux ressources que l'art pourrait lui offrir dans les hôpitaux de la capitale, elle restait quelquefois deux ou trois heures sans se sentir mouillée.

M. Jobert, en explorant le vagin, reconnut une perforation transversale de la cloison vésico-vaginale, située à quelques lignes en arrière du col de la vessie, et présentant une ouverture assez grande pour permettre l'introduction du doigt indicateur dans ce viscère. D'ailleurs la malade n'éprouvait aucun dé-

rangement dans sa santé; la menstruation s'opérait avec régularité depuis plus d'un an, et, à un état habituel de constipation près, toutes les fonctions se faisaient bien.

Parmi les divers procédés opératoires qui ont été imaginés pour le traitement des fistules vésico-vaginales, M. Jobert fit choix de la suture.

Cette opération fut pratiquée le 20 mai de la manière suivante :

La malade ayant été couchée sur le dos, les cuisses écartées et soutenues par des aides, le bassin placé sur le bord du lit, M. Jobert, guidé par les doigts, introduisit dans le vagin une aiguille courbe ordinaire armée d'un fil ciré; il en fit pénétrer la pointe, par un mouvement de cercle exécuté d'arrière en avant, dans l'épaisseur de la lèvre postérieure de la fistule, et la fit sortir du côté de la face vaginale de cette lèvre, près de son bord libre ; puis il enfonça la même aiguille dans la lèvre antérieure, à une ligne et demie environ de la circonférence de la perforation, la fit rentrer dans le vagin, et la ramena au dehors. Une seconde aiguille fut passée de la même manière. Cela étant fait, l'opérateur abaissa les anses des fils, et les entraîna au dehors du vagin pour éviter de les couper ; puis, introduisant dans ce canal les ciseaux coudés de M. Dreux, il opéra l'avivement des lèvres de la fistule, après les avoir amenées, avec une érigne, à l'ouverture de la vulve. Enfin il procéda à la suture de la solution de continuité en nouant les

chefs correspondans de chaque anse de fil, sur un petit rouleau d'agaric destiné à mieux rapprocher les parties.

La malade fut couchée sur le dos, les cuisses et les jambes fléchies et soutenues par des coussins, de manière à faciliter l'issue des urines par une sonde que l'on eut soin de mettre à demeure dans la vessie. (Infusion de tilleul édulcorée avec le sirop de violettes : diète absolue.)

Deux heures après l'opération, la malade ressentit d'assez vives douleurs dans la vessie, et des envies fréquentes d'uriner qu'elle ne pouvait satisfaire. Un peu plus tard, on vit sortir goutte à goutte, par la sonde et avec douleur, une urine sanguinolente; l'application d'un cataplasme sur l'hypogastre suffit pour rendre plus facile l'émission du liquide, qui devint dès lors plus abondant, plus clair, et continua de sortir en totalité par la sonde.

Le 21 mai, la nuit a été calme. Pas de douleur, toux légère; ventre souple et indolent à la pression; chaleur naturelle à la peau; pas de fréquence dans le pouls. Il a coulé de trois à quatre verres d'urine par la sonde depuis l'opération. Les règles ont reparu. (Bouillon, looch, infusion de violettes.)

Le 22, même état, il ne s'est pas épanché une goutte d'urine dans le vagin.

Le 23, il s'est fait trois écoulemens de sang par la vulve assez abondans, et séparés par des intervalles de quelques heures. Il y a eu quelques frissons. La malade pourtant n'accuse qu'une grande faiblesse;

son pouls est faible et lent. Les urines n'ont pas cessé de passer par la sonde. (Tisane de chiendent édulcorée avec le sirop de gomme et acidifiée avec l'acide sulfurique; compresses imbibées d'eau froide sur la partie interne des cuisses et sur le ventre. On place un coussin sous les fesses pour élever le siége.)

Le 26, peu d'instans avant la visite, les urines ont repris leur cours par le vagin; mais la plus grande partie de ce liquide sort encore par la sonde. Ce matin, on a trouvé dans la vulve les fils et le morceau d'agaric dont on s'était servi pour la suture. On retire la sonde de la vessie. La toux a augmenté depuis les applications réfrigérantes qui ont été faites, il y a deux jours, sur le ventre. (Potion gomm. avec le sirop diacode; soupe.)

Le 27, depuis la chute des fils, la malade a remarqué que les urines demeurent encore deux ou trois heures dans la vessie sans s'écouler par la fistule, et lorsque le besoin de les rendre se fait sentir, cet organe, en se contractant, évacue une aussi grande quantité de liquide par l'urèthre que par l'ouverture anormale. Pleine d'espoir dans une prochaine guérison, elle désire que l'on tente une seconde opération. (Potion diacodée, lotions émollientes, lavement, soupes.)

Le 28, M. Jobert a pratiqué de nouveau la suture au moyen d'une aiguille courbe, fixée sur le porte-aiguille de M. Roux. Il a traversé les lèvres de la fistule de la même manière que dans la première opération. Cette manœuvre n'a pas présenté trop de dif-

ficultés pour l'introduction de la première aiguille; mais il n'en a pas été ainsi de la seconde, qui a été rompue près de son chas pendant qu'on cherchait à la faire pénétrer dans la lèvre antérieure, dont le tissu dense, résistant et rétractile, se refusait à son passage; enfin une autre aiguille a remplacé celle-ci, et, après plusieurs tentatives assez laborieuses, pour la faire passer à travers le bord antérieur de la perforation, l'on est parvenu à la saisir avec des pinces, et à l'attirer au dehors. Un petit cylindre de nitrate d'argent fondu, monté sur un porte-pierre ordinaire et formant avec lui une tige droite, a été porté ensuite avec précaution sur les bords de la perforation, dans le but d'y exciter une inflammation qui plus tard favorisât leur réunion. Un injection mucilagineuse a été poussée dans le vagin, immédiatement après la cautérisation, pour entraîner au dehors les parcelles du caustique qui auraient pu se répandre sur les parties qu'il importait de ménager. Les bouts de fil n'ont pas été rapprochés l'un de l'autre par la torsion, ni noués comme la première fois : on les a maintenus appliqués à la partie interne et supérieure des cuisses à l'aide de bandelettes agglutinatives. (Infusion de tilleul; potion gomm. diacodée; bouillon.)

Le 29, la malade ne se plaint d'autre douleur que de celle qui est produite par le contact des urines ; celles-ci ont très peu coulé par la fistule; elles passent presque en totalité par l'urètre. (Même prescription.)

Le 30, pour obtenir une coaptation plus exacte des bords de la plaie, M. Jobert, après avoir tordu ensemble les deux bouts de fil du côté gauche, les a noués sur eux-mêmes, et a fait couler le nœud jusques à quelques lignes de la solution de continuité. La même opération a été tentée sur le fil du côté opposé; mais au moment où l'on formait le nœud, on s'est aperçu que l'anse du fil avait déchiré la lèvre postérieure de la fistule. Cette rupture ayant empêché l'opérateur d'obtenir les résultats qu'il désirait, il a introduit dans le vagin un petit tampon d'amadou, dans le but de favoriser le rapprochement des bords de la division. Les fils ont ensuite été coupés au niveau de l'ouverture de la vulve.

Le 1er juin, les urines passent en totalité par l'urèthre, toutes les fois qu'elles sont expulsées par les contractions de la vessie; mais le moindre mouvement que la malade exécute dans son lit, les secousses de la toux en font couler une partie dans le vagin. Cet état a duré jusqu'au 18 : une fois seulement l'urine est restée soixante-douze heures à ne plus s'échapper par la fistule. Dans cet espace de temps la malade a subi deux cautérisations (le 10 et le 11) sans qu'il s'en soit suivi un changement notable dans le cours des urines par le vagin, puisque depuis le 6 ce liquide n'a pas cessé un seul jour de s'épancher par cette voie, bien qu'en très-petite quantité. Les fils que l'on avait coupés au préalable au dessus du nœud, ont été retirés le 10.

Le 16, en explorant le vagin, on trouva que la fistule présentait un diamètre encore assez grand pour recevoir le bout du doigt indicateur jusqu'au milieu de la dernière phalange.

Le 18, la malade a ses règles depuis la veille; aujourd'hui, elle ressent des élancemens et de l'ardeur dans les organes génitaux ; il y a de la céphalalgie , de la chaleur et de la moiteur à la peau : le visage est coloré ; le pouls fréquent et la soif assez vive ; la langue est un peu blanche à sa base , légèrement rouge à sa pointe et sur ses bords : (Saignée du bras, tisanne gommeuse, lavement émollient, diète.)

Le 20, les accidens qui avaient réclamé l'emploi de la saignée se sont promptement dissipés, la malade s'est levée hier pendant que l'on faisait son lit, et durant tout ce temps les urines ont continuellement passé par la fistule.

Depuis le 20 jusqu'au 26, la malade a gardé le repos le plus absolu au lit; il ne s'est fait qu'un léger suintement à peine sensible par l'ouverture vésico-vaginale.

Heureuse du changement qui s'était opéré depuis quelques jours dans son état, elle se livrait une seconde fois avec confiance à la joie que lui inspirait la pensée d'une guérison prochaine ; mais son illusion dura peu.

Depuis le 18, elle ne s'était pas présentée à la garde-robe ; hier, pressée du besoin d'aller à la selle , elle sentit, pendant les efforts de la défécation, un

flot abondant d'urine s'échapper par le vagin. Ce liquide continua à couler en partie par cette voie, en partie par l'urèthre, mais en quantité variable et à des intervalles plus ou moins rapprochés. Du reste, la santé de la malade était dans un état très-satisfaisant et n'offrit rien de remarquable jusqu'au 2 juillet, où, résolue à tout entreprendre pour se débarrasser d'une infirmité aussi cruelle, elle s'exposa avec courage aux chances d'une troisième opération.

Peu confiant dans le procédé opératoire auquel il avait d'abord accordé la préférence, et qu'il venait de voir échouer pour la deuxième fois sur la malade, M. Jobert eut l'heureuse idée d'appliquer à la restauration du vagin l'art si ingénieux de reconstruire les parties mutilées ou détruites.

Le procédé de M. Jobert consiste, après avoir avivé les lèvres de la fistule vésico-vaginale, à emprunter un lambeau de forme ovalaire à la surface interne des grandes lèvres pour le fixer, après l'avoir renversé et tordu, dans l'intervalle du bord de la fistule, de manière à combler la déperdition de substance que la cloison vésico-vaginale avait éprouvée. Cette brillante opération, que l'on pourrait appeler *élytroplastie*, fut pratiquée le 2 juillet, de la manière suivante :

La malade fut placée sur le bord de son lit, dans la position d'usage pour l'opération de la taille. Un aide fut chargé de tenir les grandes lèvres écartées. M. Jobert saisit ensuite le bord postérieur de la fistule avec une érigne, et l'amena le plus possible

à l'orifice du vagin; mais ce ne fut pas sans difficultés, et sans avoir été obligé de la lâcher et de la ressaisir à plusieurs reprises; tantôt parce que l'érigne entraînait trop de parties molles, et tantôt pas assez. Enfin il procéda à l'avivement de cette lèvre, non sans peine, ainsi qu'il est facile de le concevoir, et sans avoir été forcé d'y revenir à plusieurs fois, attendu que l'instrument tranchant, auquel on ne pouvait donner une direction convenable pour opérer en un seul temps la section de ce bord, ne détachait chaque fois que de petits lambeaux.

L'avivement de la lèvre antérieure fut exécuté avec plus de promptitude et d'une manière plus satisfaisante.

Le bistouri boutonné, les ciseaux coudés de M. Roux, les ciseaux courbés sur le plat, servirent tour à tour dans ce premier temps de l'opération.

Les bords de la fistule ainsi rafraîchis, M. Jobert tendit la grande lèvre, du côté droit de la vulve, avec le pouce et l'indicateur de la main gauche, et saisissant alors de la main opposée un bistouri à tranchant convexe, il tailla sur la face muqueuse de cette lèvre un lambeau ovalaire qui venait se terminer sur le bord de l'ouverture du vagin par le rapprochement des deux extrémités de l'incision, de manière à former une espèce de prolongement pédiculé de trois à quatre lignes de largeur; puis il disséqua ce lambeau avec soin, en lui laissant toute l'épaisseur possible. Prenant ensuite une sonde de femme, il s'en servit pour faire passer dans le con-

duit vulvo-utérin, par la vessie, à travers la fistule, une anse de fil dont il amena une des extrémités hors du vagin, tandis qu'en retirant la sonde par l'urèthre, il dégagea l'autre petit bout du fil, qui demeura libre dans ce canal; après quoi il passa le fil vaginal dans le chas d'une aiguille droite ordinaire, et pliant ensuite le lambeau charnu de manière à mettre la surface muqueuse en rapport avec elle-même dans toute son étendue, il fit, sur le double bord de ce lambeau, deux points de suture en spirale, et obtint ainsi une sorte de bouchon d'une certaine épaisseur et à surface sanglante, qu'il fit pénétrer dans les lèvres de la fistule, en tirant d'une part sur le fil uréthral, pendant que de l'autre il pressait avec l'index de la main droite sur le tampon charnu pour le refouler dans le vagin et le placer entre les bords de la perforation. Un aide fut chargé de le maintenir en place, en tirant doucement sur le bout uréthral, tandis que l'opérateur, saisissant les deux chefs d'un fil dont il avait préalablement traversé la lèvre postérieure de la fistule, tirait cette lèvre en avant, de manière à effacer, aussi complétement que possible, le vide que le lambeau aurait pu laisser en arrière, entre lui et cette lèvre.

Une sonde fut introduite à demeure dans la vessie. On mit sur la plaie résultant de la dissection du lambeau, un morceau d'agaric enduit de cérat, et percé dans son centre d'une ouverture pour le passage de la sonde; plusieurs compresses longuettes et un bandage en T, complétèrent l'appareil.

Le fil central et celui qui tirait en avant la lèvre postérieure de la fistule furent fixés isolément par des épingles au devant du bandage. Le bout vaginal qui tenait au lambeau obturateur étant devenu inutile on le coupa dans la vulve.

La malade fut remise dans son lit, avec recommandation de rester couchée sur le dos, les jambes et les cuisses étant fléchies et soutenues par des coussins. On plaça un vase au dessous de la sonde, pour recevoir l'urine qui s'écoulerait à mesure qu'elle serait apportée par les uretères. ( Infusion de tilleul ; potion antispasmodique, diète.)

Le 3, la malade a eu quelques heures de sommeil la nuit dernière ; elle a senti un peu de céphalalgie, de la chaleur à la peau et de la soif. Le matin elle n'éprouve d'autre douleur que celle de la position gênante qu'elle est obligée de garder. La peau présente la chaleur naturelle; nulle douleur dans le ventre qui reste insensible à la pression; la langue est humide; nul mouvement fébrile. L'urine a coulé par la sonde, et assez abondamment pour remplir deux crachoirs, depuis le moment de l'opération. On passe un second coussin sous les jarrets pour rendre la position de la malade plus supportable. (Infusion de tilleul, diète.)

Le 5, le surlendemain du jour de l'opération, l'on a retiré le vase que l'on avait placé entre les cuisses pour recevoir l'urine; il gênait beaucoup la malade par la position fatiguante qu'il l'obligeait à garder, et n'empêchait pas le liquide qui coulait par la sonde

de glisser le long de celle-ci, et de se répandre sur le bandage. Cette imbibition détermine des cuissons très-vives dans les parties. On ignore si les urines ont passé par le vagin depuis l'opération; l'humidité continuelle des pièces de linge qui garnissent l'ouverture de la vulve met dans l'incertitude à cet égard. (Limonade, potion gommée avec une demi-once de sirop de pavots blancs, bouillon.)

Le 6, depuis hier la malade a ressenti des élancemens dans la vessie, les urines n'ont pas cessé de passer par la sonde.

Aujourd'hui quatrième jour après l'opération, on a enlevé le premier appareil. L'emplâtre d'agaric a été ôté, il s'est écoulé de la vulve une petite quantité de pus sanguinolent d'une odeur fort désagréable; les parties génitales externes sont un peu tuméfiées; la surface de la plaie est vermeille, le lambeau ne paraît pas s'être dérangé. Le pansement a été fait de la même manière que le jour de l'opération. Les fils ont été fixés au bandage, et la sonde a été laissée dans la vessie.

Le 10, la malade n'a rien offert de particulier depuis le 6: jusqu'à ce jour, il a été impossible de s'assurer s'il ne s'est point échappé de l'urine par la fistule; mais dans le cas où il en aurait coulé par cette voie, il n'en aurait passé qu'une bien petite quantité, puisque la malade elle-même ne s'en est point aperçue depuis le 8, que l'on a supprimé le bandage qui garnissait les parties génitales externes.

A trois heures de l'après-midi, la sonde a été pous-

sée hors de la vessie par un jet d'urine qui s'est échappé par l'urèthre. Un élève interne, étranger au service de M. Jobert, fut appelé auprès de la malade quelque temps après ce petit accident; il essaya d'introduire une autre sonde, mais ces tentatives n'eurent d'autre effet que d'occasioner de vives douleurs dans le voisinage du col de la vessie; l'instrument ne put parvenir jusque dans ce viscère. Son extrémité viscérale, chaque fois qu'on essayait de l'introduire, allait heurter contre un obstacle placé derrière le col, sans pouvoir passer outre. C'était sans doute le tampon charnu qui avait passé par la fistule, et venait faire saillie en arrière de l'orifice interne de l'urèthre. La malade pense qu'à la suite de cette manœuvre, l'urine a coulé par le vagin; mais elle n'en a pas la certitude, et dans la nuit elle a uriné par l'urèthre comme auparavant.

Le 16, à dater du 11, l'urine s'épanche chaque jour dans le vagin, mais en très-petite quantité et seulement quand la malade se mouche, tousse, expectore, ou qu'elle va à la garde-robe. Les fils ont été retirés dans les deux derniers pansemens, sans causer la plus légère douleur. La partie de la grande lèvre présente un aspect vermeil, et marche rapidement vers la cicatrisation.

Le 22, on a trouvé au matin la malade dans une situation d'esprit dont on aurait de la peine à se faire une idée, si l'on ne connaissait tous les dégoûts attachés à l'infirmité qu'elle portait; elle se livrait à une joie qu'il serait difficile d'exprimer.

Depuis le 16, l'urine n'avait pas passé une seule fois par le vagin. Pour mieux s'en assurer, la malade avait introduit dans la vulve un morceau de linge qu'elle avait retiré parfaitement sec après l'y avoir laissé dix à douze heures; cette expérience a été répétée plusieurs fois et toujours avec le même résultat. Les urines ne sont rendues par l'urèthre que toutes les cinq ou six heures, et dans ce moment (huit heures du matin) il y a douze heures que la malade garde ses urines sans qu'il en soit passé une seule goutte dans le vagin. M. Jobert explore ce canal et ne trouve plus l'orifice de la fistule; seulement il sent à l'entrée un bourrelet assez considérable formé par le lambeau obturateur. Malgré tout le soin que l'on a mis à cet examen, malgré toutes les précautions que l'on a prises pour éviter de déranger les bords de la fistule, il est tombé un peu d'urine dans le vagin quelques instans après le toucher. Ce liquide a continué à sortir par cette voie, mais en très-petite quantité à la fois, et à des intervalles variables; c'est ainsi que la malade est restée une fois soixante-douze heures sans s'apercevoir que les urines eussent coulé par le vagin (du 3 au 6 août), et qu'elle s'est tenue levée (le 5) pendant trois heures, allant et venant dans la salle sans rien sentir.

Le 6 août, pressée du désir de savoir si elle retiendrait ses urines aussi bien que la veille, elle voulut encore se lever; mais cette fois à peine eût-elle fait le tour de son lit, qu'elle sentit l'urine filtrer à travers la fistule; et désolée de ce contre-temps, elle

se coucha immédiatement. M. Jobert explora le vagin quelques instans après pour chercher à s'assurer de l'état des parties ; il sentit sous son doigt, à l'entrée du canal vulvo-utérin et en avant, un bourrelet assez volumineux arrondi, qu'il prit pour le lambeau que l'on avait détaché de la grande lèvre, et qui lui parut avoir contracté adhérence avec le bord antérieur de la fistule, de manière à produire l'occlusion partielle de cette ouverture. « Pliant ensuite mon doigt indicateur en forme de crochet, dit M. Jobert, j'en portai la pulpe avec précaution immédiatement derrière le bourrelet de la fistule et un peu du côté gauche, et je sentis l'orifice de la fistule, dont le diamètre me parut considérablement diminué. Pour mieux m'assurer de son étendue, je me servis du petit doigt, et j'acquis la certitude que l'ouverture aurait tout au plus permis le passage d'un pois. Les urines continuèrent encore à filtrer de temps en temps dans le vagin jusqu'au 10 août, mais à compter de ce jour jusqu'au 15 la malade a uriné de la manière la plus naturelle, sans qu'il se soit fait le plus léger suintement, et pourtant elle s'est levée chaque jour pendant plusieurs heures, et a même marché dans la salle. Elle doit sortir demain. Espérons que le temps confirmera cette guérison. » (*Gazette des hôpitaux*).

12° *L'entéroplastie* (1) est l'autoplastie intestinale ; M. Jobert me paraît être le premier qui se soit appliqué à cette autoplastie ; l'observation que les plaies du ca-

(1) Ἔντερον, intestinum, intestin.

nal intestinal abandonnées à elles-mêmes se guérissent parfois à la faveur de l'interposition de l'épiploon entre leurs lèvres écartées, lui a suggéré l'idée d'agir de même, et de faire une véritable *entéroplastie*.

Je ne sache pas que rien de semblable ait encore été pratiqué chez l'homme; mais cette autoplastie a réussi souvent dans des expériences sur des animaux, et probablement, elle réussirait également chez nous. Toutefois, la suture avec les modifications qu'y ont apportées M. Jobert lui-même et M. Lembert, me paraît préférable.

13° *L'autoplastie herniaire* est celle qui a pour but de clore les ouvertures herniaires, et de procurer la cure radicale des hernies.

C'est une véritable autoplastie de cette espèce que l'on pratique, en laissant un bouchon d'épiploon dans l'anneau lorsqu'on opère une hernie épiploïque ou une entéro-épiplocèle étranglée. C'en est une également que la nature fait elle-même, quand, dans certaines hernies, elle retient l'épiploon à l'anneau par des adhérences. Dans les deux cas, en effet, il y a reconstitution de la paroi abdominale affaiblie, au moyen d'un emprunt fait à une autre partie. Ce sont Jameson de Baltimore, et surtout M. le professeur Gerdy, qui ont institué cette opération, sur le mérite de laquelle l'expérience n'a pas encore prononcé en dernier ressort.

Quelque chargé que paraisse l'inventaire de la science autoplastique auquel je viens de me livrer,

quelque variées que soient les espèces qui viennent d'être passées en revue, il est facile de reconnaître que celles-ci peuvent se rapporter à deux grandes divisions, qui forment comme autant de *sous-genres*, dans le genre autoplastie. Tantôt, en effet, on applique l'autoplastie à la restauration d'un organe, d'une région, ou d'une partie importante de ceux-ci; tantôt elle a pour but l'oblitération d'une ouverture, qui rend incomplètes les parois d'un conduit ou d'une cavité naturels.

A ces deux sous-genres on pourrait même encore en ajouter un troisième, qui comprendrait les autoplasties par lesquelles on se propose de restaurer seulement une partie de la membrane tégumentaire; celui-là même ne serait pas le moins bien partagé, sous le rapport du nombre des espèces qui s'y rattacheraient, espèces qui pourraient chacune recevoir un nom emprunté de celui de la région des tégumens à laquelle elles appartiendraient.

## QUATRIÈME PARTIE.

### *Moyens opératoires de l'Autoplastie.*

Les difficultés de mon sujet ne se révèlent nulle part ailleurs avec autant d'évidence que dans la partie que j'aborde maintenant. Les méthodes et les procédés opératoires de l'autoplastie sont, en effet, si nombreux et si variés, leur application a été si multipliée, que presque tous les auteurs, jusqu'ici, ont

reculé devant la généralisation de ces faits, et qu'on se demande vraiment, au premier abord, si ce travail est possible. Ces considérations cependant ne me découragent pas; une méthode analytique sévère me fera raison de ces difficultés, et me permettra, j'espère, d'atteindre le but qui m'est proposé.

## ARTICLE PREMIER.

### *Principes généraux.*

*Greffe autoplastique.* Le principe sur lequel repose l'autoplastie, c'est la possibilité de réunir ensemble des parties séparées, par un véritable greffement de ces parties les unes sur les autres. Cette condition est la plus essentielle à remplir pour cette opération ; sans elle l'autoplastie est impossible.

Que l'on puisse, sur l'homme, faire des greffes *par approche, per propaginem,* comme Tagliacozzi le dit fort justement, c'est chose trop bien démontrée par l'histoire de l'autoplastie, pour qu'il soit nécessaire d'insister sur ce point. Mais l'art peut-il aller au-delà? peut-on, comme chez les végétaux, greffer sur notre corps des parties qui en ont été complétement séparées, ou qui ont été empruntées à d'autres individus? Je pose ici seulement cette question; mais je ne me charge pas de la résoudre. On connaît, sans que j'aie besoin de les rapporter, les cas de réussite de cette sorte de greffe qui ont été, dit-on, observés dans l'Inde, et qui nous ont été transmis par

des savans distingués, ceux non moins curieux de Garangeot, de Williams Balfour et de quelques autres; je ne pourrais rien ajouter à ce qui a été dit sur ce sujet. Qu'il me suffise, pour qu'on ne m'accuse pas d'avoir dissimulé quelques-uns des élémens de la question, d'ajouter que tous les chirurgiens n'ont pas eu le même bonheur que les précédens, dans leurs essais sur la réunion des parties complétement séparées, que les essais, par exemple, qui ont été tentés chez l'homme par Dieffenbach, ont tous échoué sans exception.

Du reste, s'il est, rigoureusement parlant, possible de concevoir chez l'homme la réunion de parties complétement séparées, il faut bien se garder de croire que cette réunion soit aussi facile chez lui que chez les animaux, surtout que chez les animaux inférieurs; on tomberait dans une grande erreur. En effet, la force plastique est d'autant moins grande dans l'échelle des êtres organisés, qu'on s'élève davantage dans cette échelle : chez les végétaux, elle est portée au plus haut degré, et la reproduction par greffe peut être variée de mille manières avec les mêmes succès; dans les derniers animaux, elle est encore tellement grande, que les parties détachées de certains individus continuent à vivre de leur vie propre, et qu'elles forment des êtres tout-à-fait indépendans; dans les animaux à sang froid, elle a déjà beaucoup diminué; et enfin, infiniment restreinte dans les animaux à sang chaud, elle est presque nulle chez l'homme.

Il est évident, par conséquent, qu'il ne faudrait

pas arguer des animaux à l'homme sous ce rapport; ce qui réussirait chez les premiers, pourrait bien échouer complétement chez le second. Du reste, les expériences faites sur les animaux les plus voisins de l'homme, dans le but de répandre la lumière sur cette question, n'ont eu que fort peu de succès; celles de *Baronio*, de M. le professeur *Richerand*, de *Graëfe*, et de *Percy* ont complétement échoué.

Quoi qu'il en soit des résultats obtenus dans les différentes circonstances qui viennent d'être citées, il est bien clair que les succès de la greffe, après séparation complète des parties, ne pourraient constituer chez nous qu'une très rare exception, et qu'ainsi elle ne saurait être considérée comme un moyen rationnel d'autoplastie.

Mais s'il y aurait de la folie à considérer la greffe après séparation complète, comme un moyen admissible d'autoplastie, il n'en est pas de même de la greffe par approche. Celle-là, en effet, réussit presque toujours, quand elle est faite avec les précautions convenables: c'est la véritable *greffe autoplastique*. Elle consiste à rapprocher l'une de l'autre deux parties placées dans des conditions favorables pour la réunion, à les maintenir en contact jusqu'à leur agglutination parfaite, en leur conservant au moins quelques-unes de leurs relations vasculaires avec le reste du corps. Après l'agglutination de parties rapprochées par ce procédé, on peut avec sûreté, si le besoin l'exige, détruire les anciennes adhérences de l'une d'elles; les liaisons vasculaires de nouvelle

formation que celle-ci a contractées peuvent dès lors suffire à sa nutrition.

La reproduction des parties, à la faveur de la greffe autoplastique, peut être comparée à celle de cer taes plantes traçantes qui étendent leurs jets au loin, les fixent au sol par des racines nouvelles, et s'en séparent ensuite, lorsque la vie du nouvel individu est assurée; ou bien à celle que le cultivateur obtient en courbant les rameaux d'un cep de vigne, les enfonçant dans la terre pour leur faire prendre racine dans le lieu de leur gisement, et les séparer ensuite du tronc primitif. Le lambeau cutané qui sert presque toujours dans l'autoplastie, est, en effet, éloigné de son lieu ordinaire, dirigé vers un autre sol sur lequel il doit prendre racine, et lorsqu'il a contracté des rapports nouveaux un peu solides, comme dans les deux exemples que j'ai cités, on peut impunément achever la séparation des parties avec lesquelles il était uni primitivement; sa vie est désormais assurée.

On conçoit qu'à la faveur de la succession d'un certain nombre de déplacemens autoplastiques, il soit possible de faire cheminer un lambeau de peau d'un point du corps vers d'autres plus ou moins éloignés; il existe même certains cas dans lesquels cet artifice devient une nécessité; un de ces cas s'est présenté à M. le professeur *Roux*, et le premier il eut l'heureuse idée d'opérer la migration que je viens d'indiquer : il s'agissait d'une jeune femme qui était affectée d'une énorme perte de

substance, qui intéressait la moitié gauche de la lèvre supérieure, de l'aile du nez du même côté et de la joue correspondante, dans toute la portion située au-dessus du plan horizontal de la bouche; il emprunta un lambeau à la lèvre inférieure, et le greffa sur la lèvre supérieure; puis après l'avoir laissé dans cette position un temps suffisant pour lui permettre de prendre une sorte de droit de domicile, il le détacha de nouveau pour le porter à la région la plus élevée de la joue. Ce lambeau fut uni par les moyens employés en pareil cas, au pourtour de cette vaste perforation, et il y adhéra de manière à faire disparaître la difformité.

*Circonstances anatomiques favorables à l'autoplastie.* Tous les lieux, toutes les régions du corps ne se prêtent pas avec une égale facilité à l'autoplastie; toutes ne présentent pas au même degré les circonstances les plus propres à assurer le succès de l'opération, je veux dire une grande vascularité et un certain degré de mobilité dans les couches organiques superficielles. Qu'on ne s'y trompe pas cependant, ce n'est pas dans le tissu cellulaire sous-cutané que la peau doit présenter de la mobilité pour qu'elle se prête le mieux possible à une transplantation autoplastique; la condition inverse de ce tissu est, au contraire, ce que l'on doit le plus rechercher, parce qu'alors on est plus assuré de laisser au lambeau une consistance convenable. C'est là, entre autres raisons, ce qui donnera toujours à la rhinoplastie brachiale ou an-

ti-brachiale une grande infériorité, et ce qui doit, à mon sens, la faire rejeter complétement.

Pour une raison analogue à celle qui vient d'être indiquée, toutes les fois que la peau se trouve doublée par une aponévrose qui peut être enlevée avec elle dans le lambeau, sans que la perte de substance que l'on opère soit trop profonde, on doit considérer cette disposition comme une heureuse circonstance, qu'il faut savoir faire tourner au profit de l'autoplastie.

Enfin, il est encore une autre condition organique plus favorable que les précédentes pour le succès de l'autoplastie, condition dont j'ai montré l'importance depuis long-temps dans mon traité d'anatomie chirurgicale ; je veux parler de la position des troncs vasculaires principaux de la région dans le tissu sous-cutané, de façon qu'ils puissent être ménagés dans le lambeau à la faveur d'une dissection habilement conduite. La grande région, *occipito-frontale*, offre le plus bel exemple de cette disposition, dont la connaissance paraît avoir échappé à ceux qui n'ont pas reconnu combien la rhinoplastie indienne l'emporte sur la rhinoplastie italienne.

Il est facile de voir, d'après ce qui précède, que la région supérieure du crâne, et que la plupart des régions de la face sont celles auxquelles on peut emprunter les lambeaux le mieux organisés pour le succès de l'autoplastie. La région supérieure du crâne est la mieux partagée de toutes : la peau y est d'une épaisseur assez grande ; son tissu sous-cutané très

dense et peu graisseux, est doublé lui-même par une aponévrose ou par un plan charnu très-mince ; enfin les troncs vasculaires sont tous placés entre la peau et l'aponévrose, de façon à pouvoir être ménagés avec facilité dans la dissection. Aussi, peut-on avec certitude presque entière de succès, sous le rapport de la nutrition du lambeau au moins, entreprendre toutes sortes d'autoplasties aux dépens de cette région.

C'est presque toujours la peau et les couches organiques qui sont dans les rapports les plus immédiats avec cette membrane, que l'on fait servir à l'opération réparatrice de l'autoplastie ; mais on se tromperait si l'on pensait qu'il en est toujours ainsi : en effet, M. Dieffenbach et Serre de Montpellier nous ont assez récemment appris à user de la membrane muqueuse buccale pour la chéiloplastie, et M. Jobert a eu l'idée, il y a déjà long-temps, d'obturer avec l'épiploon les plaies à bords renversés des intestins. Toutefois, les cas que je viens de citer sont réellement des exceptions, de sorte qu'en fait, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, quelquefois des aponévroses, plus rarement des fibres musculaires, forment les lambeaux autoplastiques.

*Choix du lieu.* La détermination du lieu sur lequel on doit tailler le lambeau est un point qu'il importe de bien fixer avant de pratiquer l'opération ; pour cela il faut d'abord avoir présent à la mémoire ce qui a été dit dans les pages précédentes des conditions organiques favorables à celui-ci, et, en outre, il faut choisir

quand l'élection est possible, le point où la cicatrice qui succédera à l'ablation sera le moins apparente; il ne faut pas, en effet, pour réparer une difformité en produire une nouvelle. Tantôt le lieu sur lequel on taille le lambeau, dans un cas donné, est très éloigné du siége de la difformité qu'on veut faire disparaître, comme dans la rhinoplastie italienne; tantôt le lambeau est pris tout-à-fait dans le voisinage de celle-ci, mais à une petite distance encore de sa circonférence, comme dans la rhinoplastie indienne, lorsque la partie supérieure du nez n'a pas été détruite; tantôt enfin, le lambeau est formé avec les chairs les plus voisines, de telle façon qu'un point de son contour soit tangent à la circonférence de la solution de continuité pour laquelle on pratique l'opération, comme cela a lieu dans le plus grand nombre des cas.

*Forme du lambeau.* Il est peu nécessaire d'insister pour montrer combien il importe de parfaitement calculer, pour chaque cas particulier, la forme que l'on doit donner au lambeau. Le chirurgien autoplaste, en effet, ne doit pas borner son rôle, ainsi qu'on l'a vu, à transplanter une partie d'un lieu dans un autre, ou à faire adhérer ensemble deux parties contre l'ordre normal, il faut encore que, véritable artiste, il dispose son lambeau d'après la forme de la partie qu'il doit réparer, d'après le but qu'il se propose; bien plus, moins favorisé que le sculpteur, dont la statue conserve invariablement la forme qu'une fois il lui a donnée, et qui n'a rien à démêler, sous ce rapport, avec les chances

incertaines des événemens, il doit faire entrer comme élémens de ses déterminations les changemens que le retrait naturel des parties, et que le travail de la cicatrisation apporteront dans le produit de sa création.

Sans doute le chirurgien ne doit pas attacher une importance aussi grande que le fait M. Graëfe à choisir un beau modèle de la partie qu'il veut refaire ; la nature se joue trop souvent de nos calculs, et trop souvent elle trompe notre attente. Mais il faut aussi se garder de tomber dans l'inconvénient de préparer un lambeau informe, en se réservant de le modeler sur la place un peu plus tard, quand il aura pris racine. Cette manière de procéder présente un cachet de maladresse qu'il faut éviter autant que possible ; d'ailleurs, quoi qu'on en puisse dire, tous ces raccoutremens sont autant d'opérations nouvelles qu'on ajoute à la première, et qui exposent le malade à divers accidens dont il n'est pas toujours facile de calculer les suites.

*Dimensions du lambeau.* Les dimensions du lambeau, soit en surface soit en épaisseur, n'importent pas moins au succès de l'opération que sa forme; dans la détermination de ce point, il faut également tenir grand compte des changemens que la cicatrice apportera dans les parties, et prendre en très-sérieuse considération la tendance qu'ont celles-ci, une fois libres de leurs adhérences naturelles, à se rétracter, à se rapetisser de la circonférence vers le centre. On se tromperait grandement, en effet, et on ferait preuve d'une bien médiocre

instruction clinique, si, dans une opération d'autoplastie, on formait un lambeau dont les dimensions rappelassent exactement celles de la solution de continuité pour laquelle il est destiné. Un semblable lambeau, déjà tout-à-fait insuffisant dans les premiers instans, le deviendrait bien plus encore par la suite; on ne pourrait le réunir avec les bords de la plaie qu'à la faveur d'une traction très-forte, contre le précepte le plus positif de l'autoplastie, et l'insuccès le plus éclatant serait assuré à l'opération.

Il est difficile de rien dire de général touchant les dimensions en surface du lambeau qui doit servir à l'autoplastie. Ces dimensions varient nécessairement suivant la rétractilité particulière des élémens organiques qui entrent dans la composition de celui-ci; ce que l'on peut assurer seulement, c'est qu'il fau qu'il soit d'un tiers environ plus étendu que la partie qu'il doit recouvrir.

L'épaisseur à donner au lambeau est moins difficile à apprécier à l'avance que son étendue en surface, parce que les parties se rétractent moins en ce sens. Cette épaisseur varie nécessairement suivant les cas, mais jamais elle ne doit être telle que le lambeau soit réduit aux seuls tégumens; ceux-ci doivent être toujours doublés d'une couche cellulaire ou même de parties aponévrotiques, lorsque les circonstances anatomiques que j'ai indiquées se rencontrent. Former un lambeau de la peau toute seule, ce serait à coup sûr faire manquer

l'opération. En effet, les vaisseaux pénètrent dans la peau à peu près perpendiculairement à sa surface, et s'y terminent sans ramper dans son tissu; par conséquent, dans une dissection faite immédiatement sous la peau, on couperait tous les vaisseaux nutriciers de cette membrane; et la mortification serait presque infaillible; aussi la dissection du lambeau doit-elle être faite non pas le plus loin possible de la peau, mais jamais non plus immédiatement sous elle.

*Pédicule du lambeau.* Il est un point vers lequel la dissection du lambeau doit s'arrêter, c'est celui par où il doit rester adhérent, pendant quelque temps au moins, au reste du corps, sa *racine* ou son *pédicule*. La première expression conviendrait mieux que la seconde, elle est applicable à tous les cas, tandis que celle-ci ne représente exactement que les racines étroites de quelques lambeaux particuliers. Quoi qu'il en soit, le mot de pédicule est plus généralement employé. Tantôt ce pédicule est fort étroit, tantôt il est très-large. Il doit toujours être dirigé du côté vers lequel les vaisseaux arrivent à la partie dans laquelle il est taillé; autrement on courrait le risque de ne laisser pour lui, et à plus forte raison pour le lambeau, aucun des vaisseaux dont ils ont besoin pour leur nutrition. A voir le silence que gardent les auteurs sur cette importante question, on serait tenté de croire qu'elle n'a jamais été appréciée à sa juste valeur, et cependant, dans plus d'un cas probablement, des accidens ont dû surve-

nir, comme dans le suivant, par l'oubli de ce précepte.

9e *Observation.* Un malade affecté de cancer de la lèvre inférieure vint, avant 1829, se confier aux soins de Delpech de Montpellier. L'opération fut promptement résolue; après avoir emporté la totalité des parties malades, ce professeur tailla sur la partie antérieure du cou, un lambeau quadrilatère, à base supérieure et à sommet inférieur; il disséqua cette partie de bas en haut, la replia sur son sommet lui-même, de manière à mettre en contact ses deux feuillets par leur face celluleuse; il retourna ensuite le lambeau sur sa base, et vint fixer ses parties latérales aux deux bords de la solution de continuité labiale, de manière à former le bord libre de la lèvre avec le sommet replié du lambeau. Tout se passa bien pendant les trois premiers jours, mais le quatrième on s'aperçut qu'il y avait un commencement de gangrène au sommet du lambeau, c'est-à-dire à la portion qui avait été repliée en dedans. Le septième jour la gangrène, dans ses progrès, avait entamé le bord supérieur du feuillet antérieur du lambeau, par le côté droit; les deux jours suivans, elle gagna le côté gauche, et les ravages se bornèrent là. La cicatrisation s'opéra, et il en résulta un enroulement en dedans des débris du lambeau, qui fut par là tellement diminué, que les dents étaient à découvert jusqu'à leur collet.

*(Journal des sciences et inst. médicales.)*

Dans la dissection du pédicule du lambeau, il est

encore plus nécessaire que dans celle du lambeau lui-même de prendre soin de ne pas raser la peau de trop près ; il faut, en effet, laisser des vaisseaux dans son épaisseur, et en laisser le plus possible. J'insiste d'autant plus sur ce point, qu'il est, à mon avis, très important, et que j'y suis en opposition complète avec un des hommes qui se sont le plus occupés de l'autoplastie, M. Dieffenbach. « *Il est avantageux*, dit cet habile chirurgien, *quand on forme le pédicule du lambeau, de ne pas y laisser de grosses branches artérielles susceptibles d'envoyer beaucoup de sang au lambeau ; et s'il s'en trouve une, il faut la couper. A-t-on agi ainsi? le lambeau après avoir été attaché, est pâle pendant quelque temps et flasque, tandis que dans le cas contraire, il ne tarde pas à reprendre sa couleur normale, devient rouge, se gonfle beaucoup et meurt en grande partie par réplétion sanguine.*

Malgré l'autorité imposante de M. Dieffenbach, en la matière qui m'occupe, je me prononce formellement contre cette opinion ; elle me paraît tout-à-fait en désaccord avec les faits. C'est à la rhinoplastie sans doute, quoiqu'il ne le dise pas, que M. Dieffenbach fait allusion, quand il donne le conseil que je viens de rapporter ; il est, en effet, impossible de croire qu'il ait entendu parler des cas dans lesquels la racine du lambeau est très large, plus large que le reste de son étendue, comme dans presque toutes les autres autoplasties : on peut par conséquent blâmer la forme générale d'un précepte qui se rapporte

seulement au cas particulier de ce lambeau à pédicule étroit. Eh bien! même sur ce terrain, je crois que l'opinion de M. Dieffenbach ne doit pas être admise. D'abord, je dois le dire, j'ai fait trois fois la rhinoplastie suivant la méthode indienne, en prenant le plus grand soin des conserver dans le pédicule de mon lambeau les branches frontales de l'artère ophthalmique; et, dans aucun cas, non seulement il n'est rien arrivé de ce que redoute M. Dieffenbach, non seulement il n'est pas survenu la plus petite gangrène des angles des lambeaux, comme cela a eu lieu sur plusieurs des opérés de ce chirurgien, mais encore mon lambeau a conservé la chaleur et la couleur de la peau naturelle; ce qui, au dire de M. Dieffenbach, n'arrive pas à ceux auxquels il a appliqué son procédé. Et d'ailleurs pourquoi redouter la présence d'une grosse artère dans le pédicule du lambeau? Est-ce parce qu'elle apporte du sang qui engouera le lambeau, comme le dit le chirurgien habile avec lequel je regrette de me trouver en opposition? mais, ou je me trompe bien, ou il y a là une erreur bien réelle; car si une grosse artère pénètre dans le lambeau pour y apporter du sang, à côté d'elle se trouvent une ou deux grosses veines, ses satellites, qui l'exportent, et il y a au moins compensation.

On conçoit d'après ce que je viens de dire, si je dois approuver de couper les troncs artériels qui se rencontreraient dans les pédicules des lambeaux destinés à l'autoplastie; loin de là, je donne le

conseil le plus formel de les conserver, et de faire tout son possible pour diriger le pédicule vers eux; de la sorte, on réussit à coup sûr: le raisonnement et l'observation se réunissent pour faire une loi sévère d'un semblable précepte.

Au reste, ce n'est pas d'après ma seule expérience, que je me décide ici contre le professeur de Berlin; celle de Delpech est décisive à cet égard; laissons parler M. Serre, un de ses élèves les plus distingués; or, voici comment il s'exprime à cette occasion: « *Douze fois l'opération de la rhinoplastique a pu » être tentée en notre présence, sans que la mortification du lambeau s'en soit jamais suivie; l'opération avait été faite d'après la méthode indienne. Au contraire, le lambeau a été pris deux » fois aux dépens de la peau du bras, et deux fois » la gangrène en est résulté. Eh bien!* la *seule » cause de cette différence tient à ce que la peau de » cette dernière région* n'a que le *système capillaire* » pour *fournir à ses besoins, tandis qu'en détachant* celle *du front entre les sourcils, on est sûr » d'avoir dans l'épaisseur du lambeau deux troncs » artériels fort importans.* »

*Avivement.* Lorsque dans une opération d'autoplastie tout a été fait pour former le lambeau, si la solution de continuité à réparer n'est pas récente, on doit immédiatement s'occuper de l'avivement de ses bords. Excepté dans quelques cas qui ne constituent que de très petites exceptions, cet avivement doit toujours être pratiqué avec l'instrument tranchant, et

de manière à ce qu'on emporte, non-seulement tout le limbe de l'ouverture, mais encore les portions de parties altérées qui se rencontrent dans son voisinage ; à moins toutefois qu'on n'adopte un procédé opératoire qui permette de faire servir ces parties à la formation nouvelle, comme le conseille M. Dieffenbach.

*Réunion du lambeau.* Avant de procéder à la réunion du lambeau autoplastique, il s'élève une première question : faut-il tenter l'agglutination immédiate ? ou bien doit-on attendre la suppuration ? La solution de cette difficulté ne me paraît pas douteuse. Il faut tenter par tous les moyens possibles l'agglutination immédiate, et, comme je le dirai plus tard, le plus souvent on ne la tente pas en vain. M. Graëfe, à la vérité, a procédé d'une manière inverse, dans quelques cas de rhinoplastie par la méthode italienne : il a attendu la suppuration de son lambeau, et de la sorte il croit avoir obtenu des succès plus grands, parce qu'il a donné aux parties le temps de revenir sur elles-mêmes et de prendre une solidité, une résistance qui les rendent suivant lui plus analogues aux parties molles du nez naturel. Les faits cités par M. Graëfe se rapportent tous à une méthode spéciale de rhinoplastie; par conséquent, alors même qu'on adopterait les raisons qu'il fait valoir, ce ne serait pas encore un motif suffisant pour généraliser le mode opératoire qu'il préconise, et pour l'appliquer aux autres méthodes d'autoplastie.

M. le docteur Martinet de la Creuse, dont il a déjà été question, et dont je rapporterai plus loin les intéressantes observations, a, comme M. Graëfe, tenté l'agglutination secondaire du lambeau sur les malades qu'il a opérés; mais il convient que cela n'a été que par suite des circonstances particulières dans lesquelles ceux-ci se sont trouvés, qu'il en a agi ainsi; il déclare qu'il n'a eu, sous ce rapport, aucune intention thérapeutique spéciale, et qu'il réunira immédiatement lorsque l'occasion propice lui en sera offerte.

Quoi qu'il en soit, au reste, des réflexions précédentes, pour réunir le lambeau avec les bords de la solution de continuité à laquelle il est destiné, on le dispose différemment suivant les cas, et surtout suivant la méthode autoplastique qui a été pratiquée: tantôt on l'élève, tantôt on l'abaisse, ou on le porte latéralement; chez celui-ci on le tord sur sa base; chez celui-là on se contente de lui imprimer un mouvement de rotation plus borné; quelquefois il suffit de le pousser ou de l'attirer vers la solution de continuité. Dans tous les cas, on le met en contact par sa surface saignante avec la surface également saignante des parties qui ont été avivées, et on le maintient dans un contact parfait avec celles-ci à la faveur de la suture; tantôt c'est la suture entrecoupée; tantôt c'est la suture entortillée que l'on préfère; MM. Graëfe et Dieffenbach ont adopté la dernière, et emploient pour la faire les épingles fines et flexibles dont se servent les

entomologistes pour fixer les insectes. Le nombre des points de suture qu'on doit mettre en usage est nécessairement proportionné à l'étendue de la surface du lambeau; M. Dieffenbach les multiplie beaucoup plus que nous, et je ne vois pas qu'il retire de cette pratique des avantages particuliers. Dans les rhinoplasties que j'ai pratiquées, je me suis presque toujours contenté de cinq points de suture: un pour la sous-cloison, et deux pour chacune des parties latérales du lambeau. Au reste, la suture n'est pas indispensable à la réunion du lambeau dans toutes les autoplasties; je m'en exempte constamment dans la blépharoplastie: je maintiens le lambeau en exerçant une légère compression sur lui, au moyen d'un petit rouleau de charpie que je soutiens à l'aide d'une bandelette agglutinative; dans la cheiloplastie, au contraire, la suture est d'une indispensable nécessité.

*Préludes de l'opération.* Il est quelquefois nécessaire, avant de pratiquer l'autoplastie, de faire subir au malade quelques opérations préparatoires plus ou moins importantes, sans lesquelles l'opération principale serait plus épineuse ou tout-à-fait impossible. Les incisions vers la base du lambeau, comme Celse les conseillait, trouvent quelquefois ici leur application; à la face, par exemple, les os maxillaires ou les dents, libres de toute compression de la part des parties molles au niveau de la solution de continuité, se placent souvent en dehors, et font une telle saillie que la résection des

uns et l'ablation des autres sont absolument nécessaires, comme on pourra le voir par les deux exemples suivans :

10^e *Observat.* Une jeune fille, chez laquelle dès l'enfance les deux lèvres avaient été presque complétement détruites ainsi que la portion voisine de la joue gauche, et chez laquelle les os maxillaires faisaient une saillie considérable en avant, vint à l'hôpital de la Charité, en 1828, se confier aux soins de M. Roux ; ce professeur, après avoir soigneusement examiné l'état des choses, désespérant de réussir à faire disparaître l'affreuse difformité de cette malade, conçut le projet hardi d'emporter la partie saillante des os maxillaires supérieurs, afin de rendre plus facile le rapprochement des parties molles en dehors ; voici du reste comment il raconte lui-même les détails de cette remarquable opération :

*Je résolus d'opérer en deux temps, en commençant par la mâchoire inférieure. J'enlevai une partie de cet os de la largeur d'un pouce environ ; le rapprochement des deux parties qui restaient permit celui des parties molles extérieures : tout se passa, et tout réussit au gré de mes désirs pour cette première partie de l'opération projetée. Vint le moment, quelques semaines plus tard, et lorsque la mâchoire inférieure fut consolidée, de faire en haut ce que j'avais fait en bas : je devais éprouver de plus grandes difficultés, parce*

*qu'une portion du bord alvéolaire de la mâchoire supérieure était enlevée; l'état naturel de fixité de cette mâchoire ne m'aurait pas permis d'en rapprocher les deux portions latérales, comme j'avais pu rapprocher les parties conservées de la mâchoire nférieure, mobiles dans leur double articulation; mais le mérite de triompher de ces difficultés ne m'était point réservé! Bien que la première opération n'eût été ni très-laborieuse, ni très-cruelle, la malade ne voulut jamais consentir à une seconde; soit caprice, soit appréhension extrême de nouvelles souffrances, ou indifférence pour sa difformité devenue, en effet, déjà moins hideuse, cette jeune fille me quitta pour retourner à Limoges, son pays; je lui avais rendu une lèvre inférieure à peu près régulière, et ce premier succès semblait faire présager la réussite des mêmes moyens employés pour restaurer la lèvre supérieure. (Lecture à l'Ac. des sc.)*

11[e] *Observation.* Une femme âgée d'environ 50 ans avait eu la joue gauche gangrénée à l'âge de neuf ans. Admise à l'hôpital de Lyon, au mois de juin 1829, elle offrait, au côté gauche de la bouche, une énorme perte de substance, qui laissait à découvert une grande partie des deux mâchoires, les deux dents incisives latérales, les dents canines et les trois premières molaires; le tout fortement dévié en dehors. La circonférence de l'ulcère, depuis longtemps cicatrisée, adhérait aux os d'une manière intime et avait produit l'ankylose de la mâchoire in-

férieure. Après l'avoir séparée des os et avivée, M. Gensoul détacha le reste de la joue, ainsi que l'extrémité correspondante des lèvres, en haut, en bas, puis en arrière des tissus sous-jacens jusqu'au cou d'une part, et sur le masséter de l'autre; il eut recours à la gouge et au maillet pour enlever la partie saillante de la mâchoire, ainsi que les dents qui s'y trouvent implautées. Il put ensuite rapprocher les deux bords de la plaie et en pratiquer la suture. Une petite fistule salivaire, à peine visible, est tout ce qui reste maintenant à cette femme d'une aussi vaste désorganisation.

*Temps de l'opération.* En général, l'opération de l'autoplastie est longue, délicate pour le chirurgien, douloureuse pour le malade; elle produit une irritation nerveuse très vive, et dispose, pour ces raisons, à des accidens variés; aussi, doit-on la terminer le plus promptement possible. Par malheur, il n'est pas toujours donné au chirurgien de pouvoir remplir cette importante condition; trop souvent l'étendue de la difformité, les circonstances de l'opération et le besoin aussi de ménager le malade, l'obligent à user d'une prudente lenteur, à ne procéder qu'avec une grande réserve, et à faire toute l'opération en plusieurs temps et à plusieurs jours d'intervalle. Il faut bien distinguer cette utile temporisation, de ces nombreux raccoutremens faits à plusieurs reprises, comme je l'ai déjà dit, pour le perfectionnement de la partie, et dont quelques chirurgiens semblent presque se faire un jeu; ce sont ces derniers seulement contre

lesquels je m'élève; eux seuls peuvent rigoureusement parlant, être évités au grand profit des patiens. Le plus souvent l'opération peut être terminée en un temps et dans une seule séance; mais je reconnais que quelquefois, comme dans le cas suivant, non seulement l'étendue de la difformité, mais encore des circonstances imprévues peuvent forcer le plus habile autoplaste à revenir plusieurs fois à la charge.

12e *Observation.* Stéphanie Joly, âgée de 22 ans, entra à l'hôpital de la Charité, le 11 avril 1826, offrant l'état suivant : la plus grande partie de la joue gauche était détruite; une portion assez grande de l'os maxillaire supérieur et une grande étendue des parties molles correspondantes, étaient comprises dans cette large solution de continuité, qui établissait une communication permanente avec l'intérieur de la bouche, et dont les limites étaient, en dedans, la ligne médiane du visage, en dehors une ligne tirée par la pensée de l'angle externe de l'œil, perpendiculairement sur la mâchoire inférieure, en bas la lèvre inférieure, et en haut une ligne transversale, qui aurait passé à quatre ou cinq lignes environ au dessous du bord inférieur de l'orbite. Pourtant l'ensemble de cette ouverture n'était point quadrilatère, elle avait au contraire la forme d'un triangle irrégulier à angles arrondis, et laissait apercevoir, d'abord l'intérieur de la narine gauche et la cloison médiane du nez dans à peu près sa moitié antérieure : l'aile du nez étant en partie détruite, et ce qui en restait étant rélevé,

on apercevait plus profondément le côté gauche de la langue presque jusqu'à sa base et environ la moitié de la voûte palatine, et l'intérieur du sinus maxillaire; on voyait, en outre, aux deux extrémités de l'échancrure osseuse une dent incisive et une molaire.

Cette jeune fille dont l'intelligence était assez développée, nous raconta que cette altération était le résultat d'une maladie qu'elle avait faite deux ans auparavant. Il paraissait qu'elle avait été atteinte d'une affection représentée par le groupe de symptômes qu'on appelait fièvre putride, durant laquelle des accidens cérébraux mirent ses jours en danger, et qui fut accompangée ou suivie d'une anthrax au niveau de la fausse canine de la joue gauche, qui devint à cette occasion, le siége des désordres précédemment décrits.

Notre jeune malade, désireuse autant que possible d'être délivrée à quelque prix que ce fût, des soucis que lui causait une difformité dont elle comprenait au plus haut point tous les inconvéniens, réclamait avec instance les secours de la chirurgie.

Du côté dn nez et de l'orbite, les parties étaient peu lâches, peu extensibles et peu vivantes; la lèvre supérieure manquait entièrement. Du côté externe, au contraire, ses tissus étaient mobiles et épais. En second lieu, la solution de continuité était trop grande pour qu'on pût avoir l'idée d'en obtenir en un seul temps l'obturation complète; il était évident que pour atteindre ce but, si toutefois il y avait lieu

de l'espérer, plusieurs opérations consécutives seraient nécessaires. Or voici comment M. Roux pratiqua avec une rare persévérance celles que je vais rapporter.

*Premier temps.* Dans le but d'aviver le bord interne de la solution de continuité, c'est-à-dire ce qui restait de la lèvre supérieure à partir de la ligne médiane, vers le côté droit, on commença par enlever une couche mince de la cicatrice; ensuite une incision fut pratiquée perpendiculairement sur la lèvre inférieure; celle-ci rafraîchie comme je viens de le dire, était propre à être mise en contact avec le bord interne de la nouvelle division, rapprochement qui fut, en effet, opéré sur-le-champ et maintenu au moyen de trois épingles et d'un petit cordon de fil constituant la suture entortillée. De cette manière, la moitié gauche de la lèvre supérieure détruite se trouvait remplacée par une pièce empruntée à la lèvre inférieure, et la limite inférieure de l'incision faite à cette dernière devenait la commissure gauche de la bouche, rétrécie d'environ un tiers.

Les trois jours suivans, la malade n'éprouva autre chose que la douleur ordinaire en pareil cas; et le gonflement des parties environnantes ne dépassa point la mesure convenable pour leur adhésion.

Le quatrième jour, les épingles et les fils furent enlevés; la réunion parut parfaite; elle fut maintenue et fortifiée les jours suivans à l'aide de bandelettes agglutinatives, et d'un bandage semblable à celui qu'on emploie dans l'opération du bec-de-lièvre, et tel qu'il avait été appliqué dès le premier jour.

Ainsi, au lieu de cette large ouverture cintrée qui communiquait avec l'intérieur de la bouche, il ne restait, par le bénéfice de la première opération, qu'une sorte de fenêtre arrondie, très-grande encore à la vérité, et qu'il paraissait bien difficile de fermer complétement. Toutes les parties molles et internes semblaient peu propres à supporter des tractions, et à se réunir aux parties environnantes.

*Deuxième temps.* La lèvre supérieure reconstruite comme je viens de le dire, pouvait bien être portée vers le point supérieur de la circonférence de l'ouverture, mais supérieurement les parties molles étaient adhérentes à ce qui restait de l'os maxillaire; il fallut commencer par les disséquer dans l'étendue de trois à quatre lignes; ensuite une incision fut pratiquée à partir du bord externe de l'ouverture, transversalement dans l'épaisseur de la joue; alors les parties eurent assez de laxité dans tous les points pour être mises en contact, ce qui fut fait après l'avivement préalable. L'union fut maintenue par la suture entortillée, et un bandage convenable. Tout portait à espérer que l'adhésion aurait lieu; mais le lendemain de l'opération, un malaise général, une violente céphalalgie, de la fièvre, survinrent chez la malade; une tuméfaction érysipélateuse se manifesta, et au moment où on ôta les aiguilles, les parties se désunirent. Quelques temps après, une nouvelle cicatrisation se forma au bord de l'ouverture, et les choses revinrent dans l'état où elles étaient avant l'opération.

*Troisième temps.* — On se comporta dans celle-

ci, à quelques indications près, comme dans la précédente, on parvint de la même manière à mettre les parties en contact, quoique cependant elles parussent être dans une plus grande tension, et c'est à cette circonstance sans doute qu'on dut l'écartement de la division, lorsqu'on voulut retirer les épingles. L'insuccès fut aussi complet que précédemment, et de plus, les parties avaient perdu tout ce qu'il avait fallu en retrancher pour l'avivement des bords. Pour tenter une nouvelle opération que la malade réclamait avec autant d'instances que la première fois, il fallait nécessairement emprunter quelque part, un supplément de tissu. Or voici ce que M. Roux imagina.

*Quatrième temps.* — Il dédoubla de bas en haut toute la lèvre supérieure que nous avons vu avoir été faite aux dépens de l'inférieure. En relevant ce lambeau et rafraîchissant toujours le bord de l'ouverture, celle-ci se trouvait exactement obturée; la suture fut employée comme dans les autres circonstances; de la sorte, la membrane muqueuse buccale formait une partie de la paroi externe de la joue; l'expérience portait à présumer qu'elle pouvait acquérir par la suite à peu près toutes les conditions de la peau. Malheureusement cette nouvelle tentative ne servit qu'à faire ressortir l'adresse de l'opérateur; la patiente n'en retira aucun avantage, car l'adhésion ne se fit pas.

*Cinquième temps.* — Cédant encore aux sollicitations de la malade, M. Roux prit une voie toute dif-

férente pour arriver à son but; c'est à la paume de la main gauche qu'il emprunta la pièce qui devait fermer l'ouverture de la joue. Pour cela, il disséqua d'abord dans l'éminence hypothénar un lambeau de peau, de la grandeur et de la forme convenables, en laissant toutefois un pédicule de quelques lignes de largeur; d'un autre côté la moitié supérieure de la circonférence de l'ouverture fut rafraîchie, et réunie ensuite avec le lambeau de la main, relevé de telle sorte que sa face interne devait former la paroi de la joue; six ou sept points de suture séparés maintiennent les choses en place; un bandage convenable assujétit la main et le bras contre la joue et le tronc. Il n'est pas besoin de dire que le projet ultérieur du chirurgien était de couper le pédicule, et de le réunir à la partie inférieure de la circonférence de la solution de continuité.

Pendant les trois premiers jours, les choses se passèrent de manière à faire concevoir les plus grandes espérances; le lendemain elles furent déçues, la malade agitée par des rêves durant la nuit, avait exécuté des mouvemens violens; tous les points de suture s'étaient déchirés.

On était alors à la fin de l'automne, la saison était pluvieuse et froide; il fallut renoncer pour quelques mois à toute entreprise de guérison; il convenait d'ailleurs d'attendre que tous les tissus eussent repris la souplesse que leur avaient fait perdre plusieurs cicatrisations successives.

*Sixième temps.* — Le 27 mars 1827, la malade

avait pris de l'embonpoint, les parties molles de la joue avaient acquis plus de souplesse et d'épaisseur; la bouche offrait presque ses dimensions naturelles, et l'ouverture accidentelle s'était rétrécie surtout dans le sens vertical; transversalement elle avait encore 15 lignes d'étendue. Toute l'épaisseur de la nouvelle lèvre supérieure fut incisée perpendiculairement, un peu à gauche de la ligne médiane, et portée au bord supérieur de la solution de continuité préalablement avivée et y fut maintenue par cinq points de suture entortillée, dont l'un contenait l'extrémité libre de l'aile du nez; pendant l'opération, la malade éprouva quelques symptômes nerveux hystériformes qui ne durèrent que peu d'instans.

Jusqu'au quatrième jour, il se manifesta de la céphalalgie et un gonflement assez considérable des lèvres, qui furent combattus convenablement; on ôta les épingles, à l'exception de celle qui traversait l'aile du nez, et qu'on ne retira que le cinquième jour. La réunion parut complète dans tous les points, et fut confirmée par la suite.

Cette traction des parties, que nécessita leur rapprochement, produisit un léger mouvement de la paupière supérieure, et il restait en bas une échancrure triangulaire, limitée en dedans par le bord incisé de la lèvre supérieure, en haut par la cloison nasale, et en dehors par la direction oblique de la portion de la lèvre portée en haut.

*Septième et dernier temps.* — Un mois après la dernière opération, on voulut couronner l'œuvre, en

faisant disparaître l'échancrure que je viens d'indiquer. Comme dans tous les cas précédens, les bords furent excisés, et les deux portions de la lèvre supérieure, jouissant de beaucoup de vie et d'extensibilité, affrontées. Deux points de suture les maintinrent en contact pendant trois jours, après lesquels l'adhésion fut opérée; il restait un froncement de la peau, avec une dépression assez marquée vers le centre de la cicatrice; la bouche était étroite, et la lèvre inférieure trop longue par rapport à la supérieure, formait une espèce de gouttière. Mais toutes ces parties ne tardèrent pas à s'étendre : la paupière inférieure reprit sa direction naturelle; la bouche s'agrandit convenablement. Enfin la malade sortit de l'hôpital très satisfaite de son état. (*Thèse de M. Dubourg.*)

*Faut-il couper le pédicule du lambeau?* Lorsque l'autoplastie est accomplie depuis un certain nombre de jours, que le lambeau transplanté a contracté de solides adhérences avec les parties avec lesquelles il a été mis en rapport, qu'il peut recevoir des matériaux nutritifs suffisans au moyen des vaisseaux de la cicatrice, et qu'il n'a plus rigoureusement besoin de vivre aux dépens de ceux de son pédicule, on peut agiter la question de savoir s'il faut achever la séparation en coupant celui-ci. Si l'on étudiait l'autoplastie du point de vue rétréci d'une seule espèce de ce genre opératoire, de celui de la rhinoplastie surtout, la section du pédicule du lambeau paraîtrait chose beaucoup plus importante

qu'elle ne l'est en réalité; mais il n'en est pas de même dans les autres autoplasties. Du reste, examinons les différens cas qui peuvent se présenter :

D'abord, si le lambeau a été taillé tout-à-fait au voisinage de la solution de continuité, de façon qu'une partie de sa racine soit tangente à celle-ci, le pédicule du lambeau ne forme aucun pont; il a été collé de prime abord aux parties sous-jacentes; il n'a pas été tordu, on l'a simplement fait rouler sur sa base, comme je le dirai bientôt; il ne fait presque pas de saillie; la petite élevure qui existe pendant les premiers jours du côté opposé à celui vers lequel le mouvement de rotation du lambeau a été dirigé, doit bientôt s'effacer à la faveur d'une légère compression; par conséquent, il serait inutile pour la bonne conformation des parties, et fâcheux pour la nutrition du lambeau de faire la section de son pédicule.

Si au contraire le lambeau a été emprunté à une petite distance de la solution de continuité à laquelle il est destiné, comme dans certaines rhinoplasties suivant la méthode indienne, les choses sont un peu différentes : le pédicule forme un pont au dessus des parties molles de la racine du nez; il a été réellement tordu sur lui-même; la saillie qu'il fait est considérable, et l'on comprend facilement que son ablation puisse être considérée comme indispensable. Telle n'est cependant pas ma manière de voir à cet égard; c'est pour corriger une difformité qu'on propose d'enlever le pédicule, et moi je soutiens au

contraire, que sa conservation est le seul moyen d'assurer au nez la forme la plus régulière. Quand on coupe le pédicule dans le cas que je suppose, le nez nouveau n'a plus de soutien par en haut, il s'affaisse vers sa pointe, s'arroudit, ressemble beaucoup plus à une tumeur informe qu'à un nez véritable; sa peau, nourrie seulement par les vaisseaux capillaires de la cicatrice reste pâle et froide, et contraste, sous ce double rapport, d'une manière fâcheuse avec celle des autres parties de la figure. Lorsqu'au contraire, le pédicule du lambeau est collé sur les parties sous-jacentes, comme je le dirai plus loin et comme je l'ai pratiqué dans toutes mes opérations, le nez nouveau bien soutenu par en haut, ne s'affaisse pas, ne s'arrondit jamais comme dans le cas précédent; son dos se continue avec le front; le froncement qui résultait d'abord de la torsion du pédicule disparaît; le nez présente la même couleur, la même chaleur que les autres parties de la figure, et la difformité est corrigée de la manière la plus satisfaisante.

Je ne comprends réellement pas comment M. Dieffenbach a pu proposer la section du pédicule du lambeau après l'avoir primitivement inséré dans une plaie faite aux tégumens du nez; il a par là détruit son ouvrage. Jusque là, son procédé me paraît bon; ce dernier temps lui donne à mes yeux un caractère tout-à-fait différent.

En définitive, suivant moi, la section du pédicule du lambeau ne convient que dans un cas, lors-

que ce lambeau a été emprunté à une partie très éloignée de la solution de continuité; dans tous les autres, elle doit être rejetée. Or, comme l'autoplastie à très-grande distance est un cas tout-à-fait exceptionnel; comme on ne doit s'y décider que dans l'impossibilité absolue de faire autrement, je n'admet presque aucune restriction au précepte suivant : *la section du pédicule du lambeau qui a servi à l'autoplastie, doit être abandonnée.*

## ARTICLE DEUXIÈME.

### *Méthodes et procédés opératoires généraux.*

Les préceptes généraux qui viennent d'être posés, doivent toujours être présens à l'esprit du chirurgien, quand il veut faire une autoplastie, quelle qu'elle soit, quelque méthode ou procédé qu'il doive ultérieurement adopter; aussi ai-je dû m'en occuper tout d'abord. Voyons maintenant comment, avec ces données, on doit se conduire sur le malade pour exécuter l'opération.

Sans compter la méthode autoplastique par transplantation de lambeau tout-à-fait détaché, que l'on dit usitée dans l'Inde et qui, je le répète, me paraît une fable, malgré les assertions contraires de M. Dutrochet, méthode dont les succès seraient si rares, dans tous les cas, qu'elle devrait être bannie de la saine pratique, il n'existe à proprement parler que deux grandes méthodes d'autoplastie : l'*autoplastie à dis-*

*tance et l'autoplastie au voisinage*, suivant qu'on emprunte le lambeau réparateur à des régions fort éloignées ou voisines de celle à laquelle doit s'appliquer la restauration; et encore, de ces deux méthodes, la seconde est presque la seule employée, la seule peut-être qui doive rester dans la pratique.

AUTOPLASTIE A DISTANCE. Inventée en Italie ou plutôt en Sicile, pour la rhinoplastie en particulier, comme nous l'avons déjà vu, l'autoplastie à distance a été décrite d'abord par Tagliacozzi. Cet habile chirurgien, qui, lui aussi, a eu le privilége de passer pour un charlatan, comme tous ceux qui se sont occupés d'autoplastie, taillait ses lambeaux dans la région du bras; il les détachait dans une grande partie de leur étendue, les agglutinait avec les bords du nez mutilé; quand il avait obtenu ce résultat, il en opérait la séparation complète, et terminait son opération en façonnant convenablement la partie greffée. Si l'on en excepte Tagliacozzi, jusque dans ces derniers temps, personne n'avait guère appliqué la méthode de l'autoplastie à distance qu'à la rhinoplastie; mais M. le professeur Roux, comme on l'a vu dans la remarquable observation qui a été rapportée précédemment, l'a mise en usage pour un cas de génioplastie, en prenant son lambeau à la paume de la main. Sans doute, cet essai de M. Roux a échoué par suite de circonstances inhérentes à la méthode opératoire elle-même, la difficulté de bien maintenir la main appliquée pendant plusieurs jours sur la face; mais il n'en concourt pas moins à montrer toute l'extension

qu'on pourrait, à la rigueur, donner à cette méthode, si, même avec les modifications de M. Graëfe, elle n'était, relativement à sa rivale, d'une infériorité trop incontestable.

Quoi qu'il en soit, si l'on revenait jamais du jugement que je viens de porter et que l'on porte généralement aujourd'hui sur la méthode autoplastique qui nous occupe, on pourrait l'exécuter de deux manières un peu différentes, ou en suivant deux procédés : dans le premier, on préparerait un lambeau de la forme de la partie qu'on voudrait réparer, et on le détacherait dans la plus grande portion de son étendue; on rapprocherait le membre supérieur de l'organe mutilé ; on réunirait le lambeau à celui-ci, et l'on maintiendrait les choses en cet état pendant le temps suffisant à l'agglutination, de six à dix jours, plutôt plus que moins; et l'on acheverait la restauration en coupant le pédicule du lambeau. Suivant le second procédé, on pratiquerait une incision à l'avant-bras, au bras, ou à la main; on y fixerait une partie de la circonférence de l'organe mutilé, et, après l'entière agglutination, on séparerait du bras un lambeau nécessaire pour la restauration.

Autoplastie au voisinage. Pratiquée de temps immémorial dans l'Inde, chez les Brames, cette méthode est aujourd'hui presque exclusivement employée; c'est pour la rhinoplastie, comme la précédente, qu'elle a été imaginée. Seule elle peut

s'appliquer à presque tous les cas où l'autoplastie paraîtra nécessaire. Les nombreux procédés suivant lesquels elle a déjà été exécutée, les cas nombreux pour lesquels on l'invoque aujourd'hui, témoignent assez haut de ses avantages et de sa prééminence.

Au reste, cette méthode comprend une foule de procédés; voici les principaux, ceux qui sont d'une application générale, ou au moins de l'application la plus générale, les seuls, par conséquent, qui fassent partie de mon sujet :

1° *Procédé des Brames*. Il a été imaginé exclusivement pour l'autoplastie nasale; mais comme son usage peut être généralisé, il doit trouver sa place ici. Voici comment on doit le caractériser : *formation d'un lambeau à une petite distance de la partie mutilée; torsion du pédicule de ce lambeau, suivant son axe; formation avec le pédicule, d'un pont placé au dessus de la peau voisine de la solution de continuité; section consécutive de ce pédicule.*

2° *Procédé de MM. Lisfranc* et *Lallemand* de *Montpellier*. Imaginé par M. *Lisfranc*, pour un cas de rhinophlastie, et par M. *Lallemand*, pour une cheiloplastie, ce procédé est caractérisé *par la formation d'un lambeau dont la racine est tangente en un point à la circonférence de la solution de continuité; par le prolongement de l'une des incisions destinées à circonscrire le lambeau jusqu'à cette solution, l'autre en demeurant éloignée de toute l'épaisseur du pédicule; par la rotation du lambeau*

*autour d'un axe qui traverserait son pédicule suivant son épaisseur;* et *enfin par l'absence de section du pédicule collé d'emblée aux parties sous-jacentes*. Ce mode opératoire, il faut en convenir, est un de ceux qui présentent le plus d'avantages, et celui qui peut être le plus généralement employé; on verra, par les deux exemples suivans, combien son exécution est facile et ses résultats satisfaisans.

13e *Observation*.— Un soldat, Jean Eval, âgé de trente-six ans, d'un tempérament mixte, ayant fait partie de celle des armées françaises qui avaient pénétré dans le cœur de la Russie, languissait depuis treize ans, victime de cette mémorable campagne; son nez y fut congelé; ses oreilles, ses pieds le furent aussi en partie; l'ulcère qui résulta de la chute du nez, faisant toujours du progrès, ne se cicatrisa entièrement qu'au bout de douze ans. A son entrée à l'hôpital, il offrit l'état suivant: à l'endroit où les côtés du nez se continuent avec les joues est une grande cavité, située au milieu du visage, à la place du nez, entre les yeux, entre le front et la lèvre supérieure; cette cavité communique avec le pharynx; l'intérieur en est d'un rouge vif, velouté; les os propres du nez, les apophyses montantes des os maxillaires supérieurs, la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, le vomer, le cartilage triangulaire, les cornets supérieur, moyen et inférieur n'existent plus; les yeux sont larmoyans, les paupières éraillées, les fibro-cartilages

tarses un peu ulcérés; tous les cils sont tombés ; les conjonctives palpébrales forment un gros bourrelet saillant, rougeâtre, sur lequel coulent les larmes, qui se répandent sur les joues, où elles déterminent des rougeurs et des excoriations; l'olfaction n'existe plus; depuis la perte de son nez, Eval ne prend plus de tabac, le voile du palais a perdu une partie de ses mouvemens.

Jean Eval, naguère si considéré de ses compagnons d'armes, naguère si heureux, s'était, depuis mil huit cent treize, retiré dans le village qui l'avait vu naître. Il y vivait séquestré de la société: sa figure était si hideuse! son aspect inspirait tant de dégoût !... Nulle indulgence même de la part de ses anciens amis ; on s'éloignait de lui comme d'un spectacle dont chacun ne pouvait supporter la vue. Repoussé de tous les ateliers, réduit à une extrême détresse, il ne pouvait même, sans danger, aller puiser de l'eau à la fontaine publique. Le principal propriétaire du village, M. Delaborde d'Estoudville, prend pitié d'Eval; il le recueille, le conduit à Paris, et le confie aux soins de M. Lisfranc: voilà l'infortuné qu'il s'agit de rendre aux communes destinées des hommes !... L'événement a prouvé qu'on n'avait pas fait inutilement un appel à la philantropie et aux talens de M. Lisfranc.

Arrivé à l'hôpital, ce malheureux, par son aspect, parut si dégoûtant, qu'on fut obligé de mettre une compresse sur sa figure mutilée, pour la soustraire aux regards des autres malades.

Chaque matin, à la visite, il demandait qu'on l'opérât : après un mois de séjour, il fut décidé qu'on satisferait à sa demande. M. Lisfranc chargea un de ses élèves internes les plus distingués, M. Martinet, de faire un nez artificiel pour soutenir provisoirement la peau qui devait former le nouveau nez. M. Martinet enfonça la partie moyenne d'une compresse dans les fosses nasales, mit ensuite dans l'intérieur de cette compresse assez de bourdonnets de charpie pour faire, au devant de la face, une éminence de la forme d'un nez; il ramena les bouts de la compresse sur la charpie, et les fixa par quelques points de suture: le malade fut conduit dans la salle d'opérations, où il devint de nouveau l'objet de la curiosité des nombreux élèves de cette clinique. M. Lisfranc, ayant trouvé ce nez artificiel un peu gros, passa transversalement une suture à sa base, afin de le rétrécir. Ensuite, prenant avec du carton, sur un modèle, la mesure de peau nécessaire à la formation du nez, il appliqua sur le front ce patron, et traça autour de lui, avec de l'encre, une ligne pour guider le bistouri; il incisa sur cette ligne, et obtint un lambeau triangulaire dont la base était en haut; le sommet tenait à la racine du nez. La base de ce lambeau présentait sur la ligne médiane, un appendice long d'un demi-pouce; cet appendice, taillé dans le cuir chevelu, devait former la sous-cloison du nez. Il disséqua de la base au sommet, en ayant soin de laisser au lambeau, pour sa nutrition, tout le tissu lamelleux placé entre le muscle frontal et le péricrâne. Il dis-

séqua jusqu'au sommet du lambeau, qui resta en communication avec les tégumens de la partie médiane et inférieure du front. La dissection fut prolongée trois lignes plus bas au côté gauche qu'au côté droit, afin qu'en renversant le lambeau, son pédicule fût moins tordu, afin que les vaisseaux de communication du lambeau avec le reste de la peau du front, étant moins comprimés, la circulation fût plus facile et la gangrène moins à craindre. Il fit ensuite, sur chaque côté de l'ouverture nasale, le long de ses bords cicatrisés, une incision profonde de deux lignes et demie; il en résulta une rainure assez large pour recevoir les bords du lambeau; une troisième incision fut pratiquée au bord adhérent de la lèvre supérieure pour la sous-cloison des narines. La plaie du front fournissant beaucoup de sang, on y appliqua quatre ligatures; une cinquième ligature fut mise au lambeau. M. Lisfranc fit observer que l'hémorrhagie de ce lambeau devait être arrêtée pour qu'on eût moins à craindre sa mort. L'hémorrhagie ayant cessé, on ôta les caillots qui étaient dans les incisions et autour du lambeau; on rabattit ce dernier sur le nez artificiel, en le renversant par une légère torsion de son pédicule; enfin, on l'appliqua avec une précaution telle, que ses bords fussent enchassés dans les incisions préalablement faites autour de l'ouverture nasale, et il y fut fixé par des bandelettes agglutinatives. On ne put jamais parvenir à mettre dans l'incision transversale inférieure le petit prolongement du lambeau destiné à former la sous-

cloison des fosses nasales, sans faire sortir des incisions latérales les bords de ce lambeau. M. Lisfranc aima mieux attendre la cicatrisation complète et solide des bords du nez avec la partie interne des joues, pour réunir plus avantageusement la sous-cloison à la lèvre supérieure. Une compresse fenêtrée, enduite de cérat, fut placée sur la face et la plaie du front, dont les bords étaient un peu rapprochés par deux bandelettes agglutinatives; ces compresses étaient percées de deux ouvertures au niveau des yeux. De la charpie et plusieurs compresses fines, mises pardessus, furent maintenues par plusieurs tours de bande, et disposées de manière que le nouveau nez ne fût point comprimé.

Huit jours après, la réunion s'est faite dans tout le côté droit, et du côté gauche, dans l'étendue de quelques lignes seulement, parce que la face interne ou postérieure du nouveau nez, suppurant dans tous les points immédiatement appliqués sur le nez de charpie (nez artificiel), et que le pus ne trouvant point d'issue aux ouvertures antérieures et postérieures des fosses nasales, soulevait le bord gauche du nouveau nez, et empêchait le contact avec l'ouverture nasale correspondante; la torsion du pédicule était aussi peu favorable à l'adhésion; le bord droit du lambeau, devenu gauche, restant trop éloigné de l'incision dans laquelle il devait être enchâssé, M. Lisfranc fit comprimer légèrement, pour faciliter la réunion; le nez devint épaté, le bord gauche sortit de l'incision dans laquelle il avait été mis, et se porta en

dehors; les bandelettes agglutinatives furent inutilement employées, le pus les décolait; on eut recours à une espèce de ressort, qui, par son élasticité, l'empêchât de s'élargir; ce ressort réussit à merveille; la suppuration étant abondante et soulevant toujours le côté gauche, la cicatrisation resta long-temps sans faire de progrès.

Le 28 décembre, M. Lisfranc, voyant que tous les moyens tentés pour la réunion du côté gauche échouaient, employa la suture; il détruisit les adhérences qui maintenaient en contact avec elle-même la face postérieure du nouveau nez, et, pour que le pus eût une issue facile, il ôta le nez artificiel, renouvela l'incision du bord gauche de l'ouverture des fosses nasales, raviva le bord correspondant du lambeau, et y pratiqua deux points de suture, en ayant soin d'embrasser assez de parties molles entre les anses du fil pour résister à cette force qui tendait sans cesse à faire sortir de la charnière le bord gauche du nez, pour le porter à la face interne du côté droit. Cette dernière opération eut un plein succès: la réunion se fit dans toute l'étendue gauche, qui jusque là avait présenté tant de difficultés. Les fils de la suture ne furent ôtés que le 13 janvier. Cependant la cicatrice ne s'étant pas faite extérieurement, on employa, dans le commencement de février, la pommade épispastique pour excorier les parties et les mettre dans un état convenable à la réunion, qui devint entière et solide peu de temps après.

Le 22 février, M. Lisfranc détacha le petit lam-

beau qui adhérait à la plaie postérieure, et, après en avoir rafraîchi les bords, il l'enchâssa dans l'incision transversale pratiquée à la partie correspondante de la lèvre supérieure. Cette dernière opération, extrêmement délicate, fut difficile; on passa transversalement un petit cylindre de bois dans l'ouverture antérieure des narines, derrière la fausse cloison, pour empêcher que ce petit lambeau se portât en arrière et se cicatrisât de nouveau avec la face postérieure du nez; deux petits rubans de plomb roulés sur eux-mêmes, et présentant à une extrémité un crochet pour empêcher leur chute dans l'arrière-gorge, furent introduits dans les fosses nasales, pour tenir leur cavité libre. La guérison fut prompte.

Eval était dans des conditions défavorables au succès de l'opération : les os constituant la charpente du nez avaient été détruits par la congélation, qui avait envahi la plus grande partie des tissus de la face; aussi la peau du front, couverte d'anciennes cicatrices, devait-elle contenir moins de vaisseaux, puisque les cicatrices sont toujours moins vasculaires que la peau.

Avant que la cicatrisation fût achevée, l'olfaction était nulle, et l'on pouvait inciser et piquer avec une épingle le nouveau nez, sans qu'Eval en eût conscience; on en a souvent rafraîchi les bords sans déterminer la moindre douleur, quoiqu'il coulât une assez grande quantité de sang; mais aussitôt que la réunion a eu lieu, la sensibilité s'y est rétablie. Frappé sur le milieu du front, la sensation de ce

contact est ressentie par son nez nouveau; touché sur les racines du nez, il rapporte la sensation au front; touché plus bas, des irradiations nerveuses en sont le résultat, et se propagent d'avant en arrière sur toute l'étendue de la partie du visage située au-dessus de la commissure des lèvres, *et vice versâ*; la percussion sur les ailes du nez est ressentie sur les joues; mais, ce qui n'est pas respectif, la percussion sur les joues n'est pas ressentie sur les ailes du nez.

Eval a recouvré l'odorat, ses paupières ne sont plus éraillées, ni ses yeux humides; les larmes ne coulent plus sur les joues, la voix n'est plus nasonnée, son timbre est ferme, la peau du front, large à la base d'abord de trois pouces, est devenue linéaire. Enfin Eval saisit son nez avec un mouchoir, le fait jouer à droite, à gauche, le tire, le fait résonner, et le remplit avec sensualité de tabac. Il ne possède donc pas un simple simulacre de nez, mais un nez réel. *(Thèse de M. Rousset.)*

14ᵉ *Observat.* Rosine Martin, de Massellagues, près Lunel, âgée de 10 ans, née de parens sains, d'une constitution sèche et robuste, eut, dans le commencement de juillet 1823, une pustule maligne sur le côté gauche de la face; elle commença par deux petits points noirs assez rapprochés, sur lesquels on appliqua de la potasse caustique. Une partie de la joue et de la lèvre inférieure fut détruite par les progrès de la maladie. Après la séparation des escarres, le côté

gauche de la mâchoire inférieure resta à découvert ainsi qu'une grande partie des dents. Cependant, à mesure que les surfaces suppurantes se cicatrisèrent, la circonférence de cette vaste perte de substance diminua sensiblement; mais, au bout de deux mois, tout était cicatrisé, et la difformité resta stationnaire. A cette époque, M. le docteur Dunal ayant, par hasard, vu cette enfant et pensant qu'on pourrait faire quelque chose pour guérir ou diminuer cette affreuse difformité, nous l'examinâmes ensemble. J'en pris un dessin exact auquel je renvoie; il existait au côté gauche de la joue une perte de substance inégale et dentelée d'environ deux pouces de haut en bas, ainsi que d'avant en arrière. Elle commençait à l'extrémité de la lèvre supérieure et finissait vers le quart externe de l'inférieure. Cette dernière avait perdu cinq à six pouces de son bord rouge, et trois lignes de plus de la partie qui le supportait; de manière que cette lèvre se terminait par une espèce de bouton saillant, rouge et arrondi, du volume d'un gros pois. De haut en bas, la lèvre inférieure était détruite dans l'étendue d'environ six lignes; elle était roulée en dehors par la contraction des muscles labial et carré du menton. Toute la circonférence de cette perte de substance était dure, coriace et comme fibreuse; la base de la lèvre, la peau du menton, celle du bord inférieur de la mâchoire étaient adhérentes à l'os et tout-à-fait immobiles. Il n'y avait de libre que cinq à six lignes de la joue, à partir de la lèvre supérieure et autant de la lèvre

inférieure à partir du bord rouge. La circonférence de la peau était séparée des gencives par une cicatrice également adhérente à l'os, très inégale et de deux à cinq lignes de largeur suivant les endroits. Presque toutes les dents de la moitié gauche de la mâchoire ainsi que les gencives sous-jacentes étaient à découvert, la racine des dents était en partie dénudée à cause du tiraillement de la gencive par la cicatrice placée au dessous. Elles commençaient à se déjeter en dehors; la canine surtout, plantée naturellement presque hors de rang, faisait une saillie considérable; leur surface était fort noire, la salive coulait presque en totalité par cette large brèche, malgré les compresses dont on la recouvrait. J'amenai cet enfant avec sa mère à l'hôpital de Montpellier; j'examinai pendant plusieurs jours l'état des parties, et je réfléchis sur le projet de l'opération que j'avais conçu à la première vue.

Cette jeune fille, d'une figure intéressante et d'une intelligence rare, jouissait d'une santé parfaite, et montrait un caractère décidé; elle était défigurée pour le reste de ses jours de la manière la plus hideuse; la perte continuelle de la salive était une incommodité dégoûtante qui pouvait influer sur sa santé. Ses parens pleins de confiance et de jugement s'en rapportaient à moi; je résolus de tout tenter pour la guérir.

L'espace qui séparait les bords de la peau était trop considérable, celle-ci était trop adhérente à la mâchoire pour qu'on pût espérer, par aucune opé-

ration, de changer la forme de cet espace angulaire et de mettre les bords en contact; je ne pouvais fermer cette large brèche qu'au moyen d'un lambeau pris à la peau du cou; cependant j'étais arrêté par l'exemple tout récent de deux tentatives analogues faites sans succès par un habile chirurgien. Après l'ablation de la lèvre inférieure pour une affection cancéreuse, on avait cru pouvoir y suppléer par un lambeau pris à la partie antérieure du cou tordu sur son pédicule, et réuni aux parties latérales des joues, suivant le procédé employé pour remplacer à l'aide de la peau du front, une partie du nez. Dans les deux cas le lambeau était tombé en gangrène avant même qu'on eût coupé son pédicule. A quoi pouvais-je attribuer cet accident assez rare dans l'opération de la rhinoplastie, avant la section du pédicule du lambeau? Je crus pouvoir l'expliquer par les différences anatomiques que présentent les parties aux dépens desquelles on forme le lambeau. La peau du front est très épaisse, doublée d'un tissu cellulaire dense, et adhérente au muscle frontal. Le pédicule du lambeau correspond à l'espace qui sépare les sourcils et contient des artères assez volumineuses qui, comme celles de la surface du crâne, se logent dans l'épaisseur de la peau et y parcourent un très long trajet en s'y ramifiant dans tous les sens, de telle sorte que les parties du lambeau les plus éloignées du pédicule ne peuvent manquer de sang pourvu que la circulation ne soit pas gênée par la torsion du pédicule. La peau du cou, au contraire,

est mince et doublée d'un tissu cellulaire lâche; aucune artère remarquable ne rampe dans son épaisseur; celles qui s'y perdent viennent immédiatement du tissu cellulaire sous-jacent et s'y perdent presque aussitôt : quand ce tissu cellulaire est divisé, les artérioles du pédicule ne peuvent pas s'étendre assez loin pour porter le sang à l'extrémité du lambeau, pour peu que la circulation soit gênée dans le pédicule par sa torsion. Une autre difficulté m'arrêtait. Si dans les deux cas dont je viens de parler le lambeau s'est gangréné avant la section du pédicule, en supposant qu'il résiste, ne doit-on pas craindre qu'il se gangrène après la section de ce pédicule? Et cependant en employant le procédé ordinaire cette séparation est tôt ou tard indispensable. Je crus donc que je ne pouvais espérer de réussir qu'en évitant la torsion et la section du pédicule au moyen d'un simple déplacement latéral du lambeau. Quoique la surface à recouvrir eût une forme arrondie, je ne pouvais pas faire un lambeau rond. La plaie du cou qui en aurait résulté eût été trop difficile à cicatriser, et la cicatrice eût été trop difforme. Je pensai que je devais donner à mon lambeau, et par suite à la surface qu'il devait recouvrir, une forme elliptique; je devais de plus faire en sorte que le pédicule du lambeau se trouvât au dessous et prît dans l'extrémité postérieure de la surface à recouvrir. Il fallait que l'extrémité supérieure du bord antérieur du lambeau fût à la fois l'extrémité postérieure du bord inférieur de la plaie, afin que la surface saignante du lambeau

fût partout en contact avec des surfaces également saignantes. Ce plan étant bien arrêté, je le mis à exécution le 8 septembre de la manière suivante: je pratiquai une première incision courbe qui commençait à l'extrémité de la lèvre supérieure et finissait vers le bord inférieur de la mâchoire. Je fis sur la lèvre inférieure une seconde incision semi-elliptique commençant à l'extrémité du bord rouge, et finissant vers le milieu du menton. Je tâchai de donner à cette seconde incision la même courbure qu'à la première avec laquelle elle devait se continuer, lorsque la lèvre inférieure serait relevée. Je fis dans la direction du bord inférieur de la mâchoire une troisième incision également semi-elliptique, se terminant par ses deux extrémités à l'endroit où les deux premières incisions avaient fini. J'enlevai de dessus la mâchoire toute la peau comprise entre ces incisions ainsi que la cicatrice adhérente à l'os. La base de la lèvre inférieure étant adhérente à la mâchoire, je fus obligé, pour mettre en contact son extrémité avec l'extrémité de la lèvre supérieure, de disséquer cette base adhérente et pour cela de prolonger de quatre à cinq lignes l'incision. Alors les deux lèvres purent être mises en contact, et les deux incisions formèrent une courbe régulière : je laissai reposer la malade quelques instans avant de procéder à la formation du lambeau. La rétraction des bords de la plaie rendait la surface à recouvrir plus étendue que je ne m'y attendais. Le sang coulait sur la peau du cou en assez grande abondance pour m'empêcher de faire

usage du morceau de papier que j'avais roulé pour me servir de guide. Il fallait enfin renoncer à tracer avec de l'encre les limites du lambeau; je le dessinai avec le bistouri; je commençai l'incision antérieure vers le tiers postérieur de l'incision inférieure, et je la terminai à la partie inférieure du cou, vers l'insertion du sterno-mastoïdien en la faisant passer sur les parties latérales du larynx. De cette manière la portion de l'incision fit partie de ce bord antérieur; je commençai l'incision postérieure du lambeau, à dix lignes environ au dessous de l'entrémité supérieure du bord antérieur de ce même lambeau, et je la terminai à l'endroit où avait fini l'incision antérieure en la faisant passer vers le bord postérieur du sterno-mastoïdien. Malgré l'écoulement du sang et l'extrême mobilité de la petite malade, que six aides robustes pouvaient à peine fixer, je parvins à donner exactement au lambeau la forme et les dimensions que je désirais. Le bord antérieur qui devait s'adapter aux deux portions de courbe de la joue et de la lèvre inférieure, avait un tiers environ d'étendue de plus que le bord postérieur qui ne devait correspondre qu'au bord et à l'espace dénudé.

Mais c'est lorsqu'il fallut disséquer le lambeau que les difficultés redoublèrent; je n'ai jamais vu une pareille vivacité dans les mouvemens du cou : chaque coup de bistouri déterminait un déplacement brusque que rien ne pouvait empêcher, et dont je ne pouvais prévoir la direction. Je risquais, en tournant le tranchant du bistouri du côté de la peau,

de la percer ou de la dénuder : en le dirigeant vers les parties sous-jacentes, je pouvais ouvrir la veine jugulaire externe, ou couper quelques-uns des nombreux rameaux du plexus cervical superficiel. Cependant cette dissection se termina de la manière la plus heureuse. Je laissai reposer la malade environ un quart d'heure avant de procéder au pansement. Le lambeau avait perdu près d'un tiers de ses dimensions. Je le détournai de manière que la partie supérieure de son bord antérieur correspondît à la plaie de la joue, et je les réunis par trois points de suture séparés, soutenus par autant de rouleaux de sparadrap ; je rapprochai ensuite, à l'aide d'un autre point de suture, l'extrémité des deux lèvres. Ensuite je réunis par deux autres points de suture la partie inférieure du bord postérieur du lambeau avec la partie antérieure de l'incision, et la portion supérieure de ce bord postérieur resta appliquée sur le sterno-mastoïdien, suivant une ligne oblique. De cette manière la portion de la plaie de la joue située de A en T correspondit exactement à la largeur du pédicule du lambeau, et nulle part la surface saignante du lambeau ne fut en contact avec la peau. Des bandelettes agglutinatives furent placées dans les intervalles des points de suture ; le pourtour de la plaie fut matelassé avec de la charpie. Le tout fut maintenu par quelques tours de bandes peu serrés.

La petite malade, à peine dans son lit, fut bientôt calmée. (Eau de tilleul et de fleur d'oranger ℥v, sirop diacode ʒ ; à prendre par cuillerées à café.) Le

soir, il se manifesta de la fièvre. (Saignée de quatre onces environ.) Nuit tranquille, sommeil paisible. Le lendemain soir, la fièvre revint, mais je ne pus obtenir de la malade qu'elle se laissât saigner. Le troisième jour, je voulus lever l'appareil, sachant que chez les enfans la marche de l'inflammation est plus rapide, et par suite la réunion des parties divisées et la section des chairs par les corps étrangers plus promptes; mais lorsqu'on voulait y toucher, la malade poussait des cris qui me faisaient craindre la déchirure de la cicatrice. Le quatrième jour, même agitation à l'approche du pansement. Je ne pouvais cependant laisser plus long-temps les fils des sutures dans les chairs : j'aurais d'ailleurs éprouvé le lendemain et les jours suivans les mêmes difficultés. Je fus donc obligé d'employer la force pour contenir la malade, et éviter les déchiremens que ses cris pouvaient faire naître. Je coupai les fils des ligatures appliquées sur les bords supérieur et inférieur sans déranger les bandelettes; mais je ne pouvais pas enlever les sutures qui réunissaient la lèvre inférieure au lambeau sans détacher les bandelettes, et je n'osais pas les détacher, dans la crainte que les cris de la malade ne séparassent du lambeau la lèvre inférieure, plus mobile que les autres parties. Le cinquième jour, les bords supérieur et inférieur étaient extrêmement réunis au lambeau; j'enlevai les sutures du bord antérieur. Elles avaient fait deux trous dans le lambeau beaucoup plus grands que dans la lèvre, et la réunion me parut plus solide. Le sixième jour,

au moment où je changeais les bandelettes, la lèvre inférieure se détacha du lambeau, et se renversa en dehors. J'attribuai cet accident aux cris de la malade; mais le lendemain, j'aperçus un commencement de gangrène sur la partie du lambeau qui correspondait à la lèvre inférieure. Le huitième jour, elle formait, le long du bord du lambeau, une bande large d'environ trois lignes, et longue de huit à dix. Je craignais qu'elle n'envahît une grande partie du lambeau, mais elle s'arrêta au niveau des trous produits par les points de suture; les bords supérieur et inférieur restèrent solidement unis, et la face interne du lambeau était adhérente à l'os dans toute l'étendue des surfaces que j'avais rafraîchies. Les jours suivans, les parties gangrénées se séparèrent, et il resta, entre le lambeau et la lèvre inférieure, un écartement en forme de V, et de sept à huit lignes d'étendue dans la partie la plus ouverte. Je n'avais pas obtenu tout ce que je désirais; mais il ne restait qu'un bec de lièvre simple, qui me semblait devoir être facile à réunir.

Mon intention était de laisser reposer la malade quelques semaines; mais le bord du lambeau n'étant point adhérent se retirait de jour en jour. Plus j'aurais attendu, plus la réunion serait devenue difficile; au bout de douze jours, je rafraîchis les bords correspondans du lambeau et de la lèvre inférieure, en excisant seulement, avec des ciseaux courbes, la surface des bourgeons charnus, afin de ne rien perdre des parties à réunir, et je les maintins en contact à

l'aide de deux aiguilles et de la suture entortillée. Pour empêcher la lèvre inférieure de se renverser en dehors, je la fixai à la lèvre supérieure au moyen d'une troisième aiguille. Le troisième jour, je retirai les deux premières, et le quatrième jour la troisième. Le 5 au matin, la réunion me parut exacte; à la visite du soir, j'entendis, en entrant dans la salle, la petite malade qui se livrait à des éclats de rire immodérés, en jouant avec des enfans de son âge; je témoignai mes craintes sur les résultats que pouvait avoir cette imprudence; le lendemain, en effet, je trouvai la lèvre inférieure séparée du lambeau, et j'attribuai cet accident à l'imprudence de la veille. Vainement j'essayai de réparer cet échec en maintenant les parties en contact, à l'aide de bandelettes agglutinatives; au bout de quinze jours, je n'étais pas plus avancé; je pensai que la difficulté de la réunion tenait au défaut de proportion entre les bords affrontés (la lèvre inférieure étant quatre fois plus épaisse que le lambeau), à la mobilité du bord libre de la lèvre et à la force des muscles contenus dans son épaisseur. Ces réflexions me décidèrent à réunir l'extrémité de cette lèvre à l'extrémité correspondante de la lèvre supérieure, aussi charnue, aussi vasculaire qu'elle; je m'étais jusque là contenté de les maintenir en contact pour ne pas perdre cinq à six lignes de la longueur de la lèvre inférieure, déjà fort écourtée, et pour ne pas trop diminuer l'ouverture de la bouche; mais ces deux inconvéniens étaient compensés par l'avantage qu'on pouvait tirer

de cette opération pour donner à l'extrémité de la lèvre inférieure une forme plus régulière. En effet, son bord rouge était très épais et coupé carrément; en excisant sa partie supérieure, je pouvais l'amincir et le rendre semblable à celui de l'autre commissure; ainsi ce que je perdais d'un côté sous le rapport de l'étendue de la lèvre, je le regagnais dans l'autre, sous le rapport de sa régularité. J'enlevai donc avec des ciseaux cinq à six lignes de l'extrémité de chaque lèvre, et je les réunis par une seule aiguille et quelques tours de fil; la réunion fut complète et solide le troisième jour. La lèvre inférieure étant désormais immobile, je la réunis de nouveau au lambeau, au moyen de deux aiguilles, après avoir ébarbé les bourgeons charnus avec des ciseaux courbes très minces; lorque je retirai les aiguilles, la réunion parut solide. Cependant, au bout de deux ou trois jours, malgré l'application la plus exacte des bandelettes agglutinatives, les bords se séparèrent de nouveau peu à peu; ce ne fut que quelques jours après que je reconnus la véritable cause de ce nouvel échec, en voyant sortir d'entre la lèvre et le lambeau le sommet de la dent canine de ce côté, qui, placée hors de rang et dirigée en avant et en dehors, correspondait à l'endroit de leur réunion; cette circonstance expliquait tout. Je saisis, avec des pinces à bec-à-corbin, la couronne de la dent qui sortait des lèvres de la plaie, et je l'arrachai; depuis ce moment, la réunion des bords opposés s'est opérée avec assez de rapidité; elle a commencé d'abord par les

angles, ensuite le milieu s'est réuni par une espèce de pont; enfin, le 6 décembre, tout était sec. Le dix, j'ôtai les bandelettes, parce qu'elles excoriaient la peau, et irritaient singulièrement la malade; mais la cicatrice n'était pas assez ferme pour supporter la traction exercée par les parties environnantes : son extrémité inférieure se déchira; il en résulta une fistule en forme de fente très étroite et de deux lignes de longueur, par laquelle s'échappaient de temps en temps quelques gouttes de salive. Pendant sept à huit jours, j'ai touché le fond avec le nitrate d'argent, et bientôt les bords se réunirent entre eux et aux parties sous-jacentes : la salive cessa de couler, et la fistule fut remplacée par une espèce de fossette indiquée dans le dessin.

La plaie du cou était cicatrisée depuis un mois. Dans le principe, on en a rapproché les bords, autant que l'a permis l'indocilité de la malade, à l'aide de bandelettes agglutinatives; ensuite on a eu soin de maintenir les bourgeons charnus au niveau de la peau avec le nitrate d'argent, en sorte que la cicatrice est mince, souple et sans plis ni callosités; elle peut avoir deux pouces de long sur trois ou quatre lignes de large; elle ne gêne absolument en rien les mouvemens de la tête, et à six pas on la distingue à peine de la peau.

La bouche est régulière; la lèvre supérieure, plus longue que l'inférieure, est légèrement arquée, en sorte que, vers la ligne médiane, il existe entre elles un écartement de deux ou trois lignes qui n'a rien

de désagréable. La lèvre inférieure est presque horizontale, aussi mince à une commissure qu'à l'autre; seulement lorsque la bouche s'ouvre, la commissure qui résulte de la réunion de l'extrémité des deux lèvres ne s'écarte pas jusqu'au bout des deux bords rouges ; mais, quand elle est fermée, les deux côtés sont symétriques ; la cicatrice des bords supérieur et inférieur est à peine sensible ; l'antérieure, si difficilement consolidée, est un peu plus enfoncée, mais elle est récente, et tout porte à croire qu'avec le temps elle s'effacera comme les autres. On n'aperçoit plus de traces des trous des sutures; le lambeau n'a presque plus rien conservé de la forme qu'il avait au moment de l'opération ; il s'est accommodé aux surfaces avec lesquelles il a contracté des adhérences. Il a, en outre, diminué de moitié dans tous les sens, en tirant à lui les bords auxquels il adhère ; la légère dépression qu'il présentait par suite de la longue compression exercée sur lui par les tampons du bandage unissant, a disparu quelques jours après qu'on a cessé d'en faire usage, en sorte que sa surface est aujourd'hui de niveau avec celle des parties environnantes. Cette amélioration est due aussi à l'embonpoint qu'a pris rapidement la petite malade, depuis qu'on a cessé d'être obligé de la nourrir d'alimens liquides ; elle est de beaucoup plus grasse qu'avant l'opération, quoiqu'elle ne mange pas davantage; c'est probablement parce qu'elle ne perd plus sa salive.

D'après ce que j'ai dit des circonstances défavorables que présente la peau du cou pour servir de

lambeau un peu étendu, on pourrait croire que la gangrène, chez notre malade, n'a été due qu'à la difficulté que pouvait avoir le sang de porter la vie dans les parties les plus éloignées; cette cause doit bien y avoir puissamment prédisposé, puisque j'ai fait remarquer que les points de suture et les aiguilles qui avaient porté sur les extrémités du lambeau, avaient produit des trous deux ou trois fois plus grands que partout ailleurs, et que la grandeur de ces trous était évidemment due à la formation d'une petite escarre circulaire. Cependant, si l'on fait attention que ce n'est pas précisément le sommet du lambeau qui s'est gangréné, mais bien la partie du bord antérieur qui correspondait à la dent canine saillante que j'ai été obligé d'extraire; que cette gangrène n'a guère été plus étendue que les dimensions de cette dent, on sera convaincu que la compression exercée par les bandelettes agglutinatives et le bandage sur le lambeau, contre un corps aussi dur, en a été la cause déterminante. La destruction de la portion du lambeau qui recouvrait la dent explique pourquoi celle-ci se trouva correspondre exactement à l'intervalle qui séparait le lambeau de la lèvre inférieure, de manière à les décoller lorsque leurs bords avaient été réunis à l'aide des aiguilles. Il est probable que, sans la présence de cette dent, le bord du lambeau ne se serait pas gangréné, et qu'ainsi la lèvre inférieure se serait réunie au lambeau et eût été maintenue en place par cette union; s'il en eût été ainsi, la première opération eût suffi. Je dois avouer, tou-

tefois, que le bord de la lèvre inférieure étant libre et flottant, contenant dans son épaisseur des muscles assez forts, entrant facilement en contraction sous l'influence de la douleur et de la joie, que la lèvre inférieure, dis-je, eût été plus difficilement maintenue en place que les autres bords de la plaie, et je crois qu'il eût été prudent de la fixer à l'extrémité de la lèvre supérieure, ainsi que je l'ai fait plus tard, en excisant le bord rouge de l'une et de l'autre. Cette extrémité de la lèvre supérieure, épaissie et très vasculaire, se fût réunie bien plus promptement et plus solidement à la lèvre inférieure que ne pouvait le faire le lambeau plus mince et moins bien nourri; de cette manière, la lèvre inférieure, bien fixée en haut par la supérieure, eût, comme le reste de la circonférence de la plaie, servi de point fixe au lambeau, au lieu de tirer sur lui.

En résumé, soit que j'eusse pratiqué l'opération en deux temps, c'est-à-dire en laissant reposer la malade huit à dix jours après l'extraction de la dent canine et la réunion de la lèvre inférieure à la supérieure, soit qu'immédiatement après j'eusse pratiqué l'opération principale, je suis convaincu que j'aurais obtenu du premier coup et complétement le résultat que je m'étais proposé.

Le procédé que j'ai employé pour remplacer la perte de substance de la face avec la peau du cou, peut être mis en usage dans une foule de cas analogues; il est préférable à ceux qu'on a employés jusqu'à présent, parce qu'on évite de tendre le pédicule

et de séparer le lambeau des parties dont il reçoit ses vaisseaux. Les difficultés qui ont entravé la guérison de notre petite fille tiennent à des circonstances indépendantes du procédé en lui-même, et ne doivent pas intimider ceux qui d'ailleurs pourraient être encouragés par l'exemple même du succès que nous avons obtenu.

(*Delpech*, *Archiv. gén. de Médecine.*)

3° *Autoplastie par simple glissement du lambeau.* Ce procédé est réellement celui de Celse et des anciens, *ex vicino adducitur* dit Celse; mais il est juste de dire qu'il a été singulièrement amplifié et perfectionné par les modernes, et particulièrement par *Chopart*, par M. *le professeur Roux*, par *M. Roux de Saint-Maximin*, par *M. Lisfranc*, etc. Ce procédé a pour traits caractéristiques: *La formation d'un lambeau dont un des bords fait partie du contour de la solution de continuité qu'on doit réparer*; *la dissection de ce lambeau au loin, et son attraction sans rotation ni torsion aucune vers le lieu qu'il doit désormais occuper.* Ce procédé a été appliqué à l'uréthroplastie par M. Alliot. Je l'ai mis moi-même en usage dans une opération de génioplastie; mais c'est surtout pour la cheiloplastie qu'il a été employé.

15<sup>e</sup> *Observation.* Guiarmin (André), 40 ans, laboureur, entra à la Charité le 26 octobre 1828, pour y être traité d'une affection à la lèvre inférieure.

Sa maladie a commencé, pendant l'été de 1813,

par une légère tuméfaction de la lèvre, qui bientôt devint douloureuse et se fendilla dans la partie moyenne; une hémorrhagie assez abondante se faisait, à de courts intervalles, par la petite plaie, pendant les mouvemens de mastication. Cet état dura pendant dix ans. Mais, au bout de ce temps, une petite élévation dure, rouge, très-douloureuse, apparut près du bord libre de la lèvre et un peu à gauche, et l'écoulement de sang, déterminé par les mêmes circonstances que précédemment, devint de plus en plus difficile à arrêter. Un emplâtre, d'une nature inconnue, prescrit par un chirurgien d'une ville voisine, et renouvelé deux fois par jour, fit, en quinze jours, disparaître le gonflement de la lèvre, et réduisit la tumeur au volume d'une tête d'épingle.

Mais, au bout de trois ans passés sans aucune douleur, le mal se reproduisit tout d'un coup avec une nouvelle vigueur. Un chirurgien pratiqua avec des ciseaux courbes et en deux coups l'ablation de la partie affectée. La plaie pansée convenablement fut guérie en quinze jours, et le malade continua de se bien porter jusqu'au mois de juin 1828. Une récidive se développa alors, ce qui détermina le malade à entrer à la Charité dans l'état suivant.

La lèvre inférieure offre dans sa partie moyenne et dans toute sa moitié gauche une épaisseur exagérée; à quelques lignes au dessous de son bord libre, à gauche, se voit une tumeur conoïde, dure à sa base, douloureuse à la pression. La peau en est rouge, ex-

cepté au sommet où un petit point blanchâtre offre une sorte de fluctuation. Les parties voisines sont dures et engorgées; le mal s'étend de haut en bas jusques à l'adhérence de la lèvre avec la face antérieure de l'os maxillaire.

M. Roux pratique l'opération le 30 octobre.

Le malade assis sur une chaise, la tête fixée, une incision de trois à quatre lignes est faite à la commissure gauche, l'instrument, après avoir dépassé les limites du mal, est dirigé de haut en bas de manière à pratiquer une incision, qui, partant de l'extrémité de la première, se prolonge à huit lignes environ au-dessous du bord inférieur de la mâchoire, un peu au delà du milieu de la lèvre; une incision pareille à cette dernière est pratiquée à droite de la tumeur. En pratiquant ces deux incisions l'opérateur eut soin de les faire converger légèrement, afin de diminuer la largeur de la base du lambeau. Puis M. Roux, saisissant celui-ci par sa partie supérieure, détacha de la partie antérieure du cou une portion de peau suffisante pour que, la partie malade enlevée, il pût amener la surface de l'incision au niveau du bord restant de la lèvre. Cela fait, une incision transversale retrancha la partie cancéreuse. La suture entortillée fut pratiquée sur les deux côtés du lambeau, que l'on eut soin de maintenir relevé au moyen d'un fil ciré engagé sous les épingles supérieures, et fixé au bonnet du malade. Le pansement fut achevé à la manière ordinaire.

Aucun accident ne suivit l'opération, et le 2 octo-

bre l'appareil put être levé; à droite et en bas, la réunion est opérée ; en haut, elle n'est encore qu'imparfaite ; à gauche, elle n'a lieu que vers la partie moyenne.

Deux petites escarres existent à la partie supérieure de l'une et l'autre incision, elles ont été produites par la pression du petit tampon qui retenait la tête des épingles. Deux bandelettes placées transversalement et une autre oblique soutiennent la lèvre ; le reste du pansement se fait comme auparavant.

Le 4 la réunion est plus avancée, quoique des deux côtés elle soit plus complète en bas qu'en haut.

Le 8 on se contente d'un simple bandage unissant.

Malgré tous les soins qu'on a pu prendre, le lambeau qui a servi à remplacer la portion de lèvre enlevée s'est affaissé légèrement, de sorte que son bord supérieur est à une ligne et demie au dessous du niveau du reste de la lèvre. Ce bord est recouvert de petits bourgeons de bonne nature, et sa surface ne tardera pas à se cicatriser. L'état général du malade, celui de la lèvre, l'absence complète de douleurs, la sensibilité du lambeau, et la réunion déja complète dans une grande étendue, tout nous fait espérer une guérison parfaite, sauf une légère difformité.

(*Journ. hebd.*)

4° *Autoplastie par roulement du lambeau.* Ce procédé est d'invention tout-à-fait récente ; il appartient à M. le professeur *Velpeau*, auquel l'idée en a été suggérée par le besoin de faire disparaître

une fistule laryngo-pharyngienne fort ancienne, qui s'était montrée rebelle à tous les moyens employés jusque là pour sa guérison; voici quels sont ses caractères : *Formation d'un lambeau de la figure d'un rectangle alongé et dont la base est éloignée de quelques lignes de la solution de continuité; roulement du lambeau sur sa face cutanée et formation d'un bouchon qu'on introduit dans le canal que l'on veut obturer.* Ce procédé, comme M. Velpeau le fait justement remarquer, peut être utilement appliqué à la guérison d'autres fistules que les fistules laryngées et pharyngiennes; déjà même il avait été mis en usage, avec succès, par M. Jameson de Baltimore pour la cure radicale de la hernie crurale; et M. Velpeau, d'autre part, l'a essayé, à la vérité sans succès, dans un cas de fistule intestinale située au dessous et à droite de l'ombilic et survenue sans hernie préalable chez un enfant de quinze ans.

Le procédé d'autoplastie par roulement du lambeau présente deux variétés : dans l'une, comme dans l'observation qui va suivre, on roule le lambeau dans le sens de sa longueur; dans l'autre, on donne au lambeau une largeur plus grande que dans le premier cas, puis on le roule et on le plie seulement en travers. Dans ce second cas, comme le remarque M. Velpeau, le lambeau réclame une certaine attention : sa pointe étant libre, en effet, contre la face cutanée du pédicule, s'échapperait facilement en se reployant en arrière, si l'aiguille,

mal fixée, se trouvait entre les moitiés repliées au lieu de les traverser réellement. On évite avec certitude cet accident, qui est arrivé à un des malades de M. Velpeau, en fixant préalablement ensemble le sommet et la racine du pli tégumentaire par un point de suture simple. Alors l'aiguille profonde et la suture entortillée ne sont pas indispensables; une lanière de diachylon, placée d'avant en arrière et assez longue pour faire le tour du cou, en tiendrait aisément lieu.

16^e^ *Observation.* Collot, âgé de 24 ans, bien constitué, tanneur, né en Belgique, habitant la France depuis long-temps, voulant se suicider au mois de mars 1831, crut accomplir son dessein en se coupant la gorge avec un couteau. Tombé sans voix et baigné dans son sang, il reçut bientôt après les soins d'un chirurgien, qui mit fin à l'hémorrhagie, et tenta de réunir la plaie à l'aide de plusieurs points de suture. L'agglutination ne s'effectua que vers les extrémités, et une ouverture susceptible d'admettre l'extrémité du doigt resta dans le centre de cette solution de continuité, qui n'avait pas d'abord moins de trois pouces d'étendue. Après trois mois de suppuration, les bords, qui s'étaient encore rétrécis d'un tiers, ont fini par se cicatriser isolément. Depuis lors, ses dimensions n'ont plus varié.

Entré à l'hôtel-Dieu de Paris, vers le milieu d'octobre 1831, et confié aux soins de M. Dupuytren, Collot, honteux de son action sans doute, soutint

d'abord que des pommes de terre avalées gloutonnement, et qui s'étaient arrêtées dans le gosier, au point de faire craindre la suffocation, avaient porté un chirurgien à lui pratiquer dans ce point une incision que rien n'avait pu guérir; mais pressé de dire la vérité, et voyant que son invention ne réussissait pas, il avoua le fait tel que je viens de le mentionner. Ayant eu connaissance de son séjour dans un établissement public, M. Bennati saisit l'occasion de ce malade pour mettre à l'épreuve les idées qu'il venait d'avancer, et pria M. Dupuytren de lui laisser faire quelques expériences sur la voix, de concert avec MM. Savart et Cagniard-Latour. Étranger à ces expériences, je ne puis ni ne dois en parler, leur résultat devant d'ailleurs être publié par M. Bennati lui-même.

Pour fermer la fistule, dont il s'agit, après un mois environ d'essais physiologiques, M. Dupuytren en disséqua les bords dans l'étendue de trois à quatre lignes latéralement, les aviva parallèlement à l'axe du corps, les rapprocha et les maintint ensuite en contact à l'aide de quatre points de suture entortillée; la réunion n'en fut pas obtenue. A la levée de l'appareil, on vit que les aiguilles, qui tombèrent toutes avec les linges, avaient coupé les tissus. Néanmoins, la plaie était devenue rouge, cellulaire; on put croire qu'en tenant la tête immobile et fortement fléchie sur la poitrine, on parviendrait à la cicatriser. Cette attente fut encore trompée, et Collot sortit de l'hôpital vers la fin de décem-

bre 1831, dans le but d'aller demander d'autres avis. Il prétend qu'à la Charité on lui dit que sa fistule était incurable, et qu'il n'y avait rien à faire pour l'en débarrasser. Ce n'est qu'après s'être présenté aux diverses consultations publiques qu'il vint à la Pitié, le 1er février 1832. Sa plaie, calleuse, entourée d'une cicatrice dure, inextensible, permettait aisément l'introduction du petit doigt, elle occupait la ligne médiane, un peu plus à droite qu'à gauche, et avait son siége entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde. Le malade la tenait habituellement fermée avec un bouchon de charpie. La salive et les mucosités bronchiques, ainsi que les alimens et les boissons, s'en échappaient sans discontinuer, à moins que la tête ne fût abaissée. Dans cette position, le malade pouvait parler, quoique d'une voix rauque et saccadée, mais son menton n'avait pas plus tôt abandonné la poitrine, qu'il cessait de pouvoir se faire entendre, et les sons arrivaient à peine formés jusque dans le larynx.

Nul doute que cette plaie ne communiquât tout à la fois avec le larynx et avec l'arrière-bouche. J'en acquis la preuve mathématique en portant l'indicateur gauche par la bouche jusqu'à l'entrée des voies respiratoires, pendant que, de la main droite, j'introduisais un tube de gomme élastique par la fistule. Alors, en effet, je reconnus que l'épiglotte, relevée vers la base de la langue, un peu renversée à gauche, avait été détachée du cartilage thyroïde dans toute la moitié droite de sa racine, et qu'il

était également facile, en arrivant du dehors, d'entrer dans la glotte ou dans le gosier. Cet homme ne nous ayant point dit être entré à l'Hôtel-Dieu, j'étais sur le point de le soumettre à l'opération qu'il avait déjà subie, lorsqu'un élève le reconnut à la Pitié, et me fit part de ce qui s'était passé. Bien convaincu qu'une tentative qui avait échoué entre les mains habiles de M. Dupuytren me réussirait encore moins, j'abandonnai mon projet.

Il m'en coûtait cependant de renoncer à guérir un malade si jeune et d'ailleurs résigné à supporter tous les essais imaginables. Je songeai aux diverses méthodes déjà connues ou qu'on peut emprunter à l'autoplastie. La cautérisation, soit seule, soit unie à la position fléchie de la tête, n'eût été d'aucun avantage.

Détacher les lèvres de la fistule transversalement au cartilage thyroïde, avant de les rafraîchir, et les réunir comme un bec de lièvre, me parut d'abord devoir suffire; mais, en y réfléchissant un peu, il fut aisé de voir que la plaie nouvelle m'eût fait perdre dans un sens ce qu'on eût peut-être gagné de l'autre. En décoller une seconde fois les bords, à la manière de M. Dupuytren, me sembla au moins inutile, par la raison que, de cette manière, la plaie fermée à son orifice cutané seulement, et par une couche de tissus fort minces, eût permis aux matières soit muqueuses soit de toute autre nature de se glisser, de dedans en dehors, entre les couches désignées, au point d'en empêcher l'ag-

glutination, et peut-être de donner lieu à des accidens graves. Si le bord inférieur n'en avait point été rendu immobile et inextensible par son insertion sur un cartilage solide, j'aurais, à l'instar de Celse et de M. Dieffenbach, pratiqué une incision en dehors, à six lignes de chaque côté, pour assurer ensuite la suture. Un lambeau pris dans les environs, ramené, contourné sur sa racine et fixé par ses bords avec le contour avivé de la fistule, ne m'aurait offert que peu de chances de succès : sa souplesse, le peu d'épaisseur qu'il eût été possible de lui conserver, les difficultés de l'appliquer convenablement devaient en éloigner l'idée.

J'en étais là lorsqu'il me vint à l'esprit, non plus de coudre un opercule, un couvercle à cette ouverture, comme on le fait au nez, aux lèvres, et à la face en général, mais, bien de la remplir, de la fermer dans toute sa profondeur, avec un véritable bouchon de tissus vivans. L'opération fut ainsi pratiquée le 11 février 1832 : je taillai un lambeau large d'un pouce, long de vingt lignes, sur le devant du larynx, et je le renversai de bas en haut, ne lui laissant qu'un pédicule large de quatre lignes; je le roulai sur sa face cutanée, qui devint centrale ou interne par ce moyen; j'en fis enfin un cône tronqué, ou plutôt une portion de cylindre que j'engageai perpendiculairement jusqu'au fond de la perforation, rafraîchie immédiatement auparavant; je traversai le tout avec deux longues aiguilles, et

terminai pas la suture entortillée. La réunion eut lieu d'une manière très exacte, supérieurement. Un mois après on ne voyait plus de trou. La voix était rétablie, mais un suintement se faisait encore de temps à autre par une petite fistule oblique, qu'on pouvait soulever avec un stylet.

Bien que j'eusse à cœur de terminer une cure si heureusement commencée, je ne voulus rien tenter de nouveau pendant la durée du choléra. D'ailleurs Collot, qui se considerait à peu près comme guéri, et qui pendant l'épidémie sut se rendre utile dans les salles, finit par être pris lui-même de la maladie. Le nitrate d'argent, les trochisques de minium étant restés sans effets avantageux, j'en vins à la cautérisation de la fente avec un stylet chauffé à blanc, le 4 mai. Un double point de suture entortillée qui comprenait, comme la première fois, l'ancienne fistule, en traversant la totalité du lambeau fut appliqué. Un peu plus tard, des bandelettes de diachylum, de la charpie, quelques compresses et un tour de bande fixèrent le tout dans cet état. Les aiguilles tombèrent le quatrième jour, mais la réunion n'en parut pas moins opérée.

Cette dernière opération eut lieu le 16 mai. La guérison était complète le 25, et maintenant 18 juin elle est consolidée.

La parole, la déglutition, la respiration, qui ont si long-temps souffert, s'effectuent aujourd'hui comme si elles n'avaient j'amais été altérées, comme

avant l'accident. J'eusse moins insisté sur les détails d'un pareil fait s'il devait rester isolé; mais je le crois de nature à pouvoir être généralisé. Un chirurgien de Baltimore, M. Jameson, en avait déjà fait l'application à la cure radicale d'une hernie crurale, et dit-il, avec un plein succès. Je présume que certains anus contre nature, quelques fistules uréthrales et d'autres perforations anciennes s'en accomoderont aussi, et que ce mode de déplacement de la peau peut devenir une ressource précieuse dans une infinité de cas, constituer un genre de broncho-plastique, pour le moins aussi avantageux que ceux qu'il serait permis d'emprunter à la rhinoplastique. (Velpeau, *Mém. sur les fist. laryng.*)

5° *Autoplastie par migration successive du lambeau*. Ce procédé est fondé sur la possibilité de transporter une portion de notre corps d'un lieu dans un autre très éloigné du premier, à la faveur d'un certain nombre de dissections et de greffemens successifs, possibilité que j'ai signalée plus haut. Du reste la constitution de ce procédé n'est pas une pure spéculation de l'esprit; déjà il a été heureusement appliqué par M. le professeur Roux dans un cas de génioplastie que j'ai rapporté. On conçoit, en effet, qu'il puisse être d'un très grand secours dans des circonstances où l'on ne peut trouver à prendre un lambeau suffisant au voisinage de la solution de continuité.

6° *Autoplastie par dédoublement d'une partie*. M. le professeur Roux est encore l'inventeur de ce

procédé; il l'a mis en usage sur la jeune fille que j'ai citée dans le paragraphe précédent pour une opération de génioplastie; mais il pourrait s'appliquer, à la rigueur, à d'autres cas que celui-là. L'essai de M. Roux n'a pas eu le succès qu'on aurait pu espérer, mais il n'en marque pas moins un véritable progrès de l'art autoplastique qui sera sans douteplusheureux, sous cerapport, dansune autre circonstance. Le procédé d'autoplastie, par dédoublement de parties, ne peut s'appliquer qu'à des réparations faites sur des régions à deux tégumens, comme les joues, les lèvres, les paupières; il consiste à *séparer une de ces régions suivant son épaisseur, en deux moitiés égales; à commencer la dissection à une distance de la solution de continuité qui représente, en étendue, l'étendue qu'on veut donner au lambeau; à laisser celui-ci adhérer près de la circonférence de la solution de continuité; à séparer alors l'une de l'autre les deux parties, de façon à ce que la membrane muqueuse de l'interne devienne extérieure; et enfin à opérer la réunion du lambeau ainsi retourné.* On comprend que la membrane muqueuse puisse prendre à la longue, sous l'influence du contact de l'air, assez des caractères de la peau pour que cette réparation paraisse satisfaisante.

7° *Autoplastie par soulèvement du lambeau.* M. le professeur Velpeau a imaginé cet ingénieux procédé pour le cas d'une énorme fistule vésico-vaginale sur laquelle on avait déjà vainement essayé

une foule d'autres moyens; sans doute l'opération n'a pas réussi, mais un seul fait n'est pas suffisant pour faire rejeter ce mode opératoire; il me paraît, au contraire, devoir réussir quand il sera appliqué dans des circonstances moins défavorables. Je signale ici ce procédé parce qu'il pourrait peut-être aussi être de quelque utilité dans certaines fistules rectales et buccales; du reste, voici comment M. Velpeau a procédé dans le cas particulier que j'ai cité : *il a taillé un lambeau en forme de pont sur la paroi postérieure du vagin; il a laissé adhérer ce lambeau par ses deux extrémités; trois fils passés sous ce pont, puis à travers chacune des lèvres de la fistule furent liés de manière à ce que le lambeau devenu saillant dans la vessie offrît sa concavité du côté du vagin, et se trouvât comme à cheval sur la fistule.*

8° *Autoplastie par inversion ou par doublement du lambeau.* Cet ingénieux procédé opératoire a été imaginé par Delpech et par M. Dieffenbach pour la réparation des parties formées d'un double tégument, et libres par un de leurs bords comme les lèvres, les paupières; il est fondé sur l'observation que les lambeaux qu'on emploie ordinairement à la réparation de ces parties subissent une crispation considérable à mesure que la cicatrice avance, se retournent et se raccourcissent en proportion. Tagliacozzi connaissait très bien cette tendance des lambeaux; aussi leur donnait-il une longueur exubérante, afin de permettre au travail de la nature de se faire librement, et pour donner, dans la rhi-

noplastie, à l'extrémité du nez, cette forme arrondie qui la caractérise.

Ce procédé consiste à *disposer un lambeau suffisamment long, lambeau tantôt cutané, tantôt muqueux, pour qu'il puisse être retourné en dedans ou en dehors au niveau du bord libre de la partie qu'on veut restaurer, et à le réunir aux parties dans cet état de doublement.* Ce procédé est remarquable sous plus d'un rapport: il établit à l'avance une inversion qui ne manquerait pas d'avoir lieu par la suite, spontanément, mais dont plus tard on ne pourrait justement calculer l'étendue; il s'oppose en grande partie à la rétraction consécutive de la partie; enfin, il permet une création plus parfaite, puisqu'il donne à la partie nouvelle deux tégumens très analogues à ceux de l'ancienne, la peau se transformant en muqueuse, et réciproquement, celle-ci en peau. Delpech s'est surtout appliqué à refaire des paupières et des lèvres en retournant la peau de son lambeau en dedans; Dieffenbach, au contraire, s'est occupé à restaurer des lèvres en conservant assez de muqueuse pour la retourner en dehors et pour former le bord libre de ces parties. M. Lisfranc vient aussi tout récemment d'appliquer ce procédé, d'après les idées de MM. Labat et Pinel-Granchamp, à la formation de la partie inférieure d'un nez; et il a obtenu un résultat très satisfaisant.

17e *Observation.* — Un homme âgé de cinquante-quatre ans, doué d'une constitution faible, fut admis à l'hôpital Saint-Eloi dans l'automne de 1823, portant un cancer ulcéré et ancien, qui avait détruit la presque totalité de la lèvre inférieure; il n'en restait, dans le sens de la largeur, qu'une petite partie vers les commissures, et, dans le sens de la hauteur, la destruction s'étendait jusqu'au menton. L'altération comprenait le tissu des gencives; mais on pouvait s'assurer par la mobilité de l'espèce de plastron dur qu'elle y formait, que l'os sous-jacent n'était pas intéressé, et qu'il ne serait pas mis à nu par la dissection de ce qui le recouvrait. Il était donc possible, une opération étant la seule ressouce à invoquer, d'enlever la totalité de la maladie locale, en conservant l'os maxillaire entier; il était de même possible de conserver une petite partie du muscle orbiculaire labial inférieur, attenant aux deux commissures.

Le malade fixé sur un siége solide, nous traçâmes avec de l'encre l'étendue de la résection qu'il fallait faire à la lèvre inférieure. Sur cette forme, nous dessinâmes de même l'étendue nécessaire en longueur et en largeur, dans un lambeau des tégumens de la région antérieure du cou, pour l'usage auquel il était destiné. Ce lambeau devait commencer à huit lignes au dessous de la base de l'os maxillaire, s'étendant plus ou moins inférieurement, et se terminer en pointe. Nos calculs nous conduisirent jusque près de l'extrémité supérieure du sternum, pour cette extrémité inférieure; quant à la base, elle ne put être réduite

au dessous de dix-huit lignes de largeur. A partir de ce point, les deux lignes qui traçaient la forme des côtés du lambeau, s'écartaient légèrement entre elles pour faire un renflement peu marqué; après quoi, elle s'inclinaient l'une vers l'autre, de manière à finir par une angle aigu.

Ces préliminaires remplis, nous enlevâmes le cancer, en le séparant de la lèvre et de l'os maxillaire, par des sections placées partout dans les parties saines; l'ablation étant faite, elles laissèrent une brèche demi-circulaire, de toute la largeur de la bouche. Deux ligatures furent nécessaires, et pratiquées sur le champ, au moyen du *Tenaculum*.

Alors, nous fîmes les coupes propres à circonscrire le lambeau, et nous le disséquâmes jusqu'à la hauteur de sa base, ayant soin de comprendre dans son épaisseur la grande partie du tissu cellulaire sous-jacent. La pointe de son extrémité inférieure fut retranchée pour l'arrondir.

Aussitôt, le tiers inférieur du lambeau fût double sur la face profonde du tiers ascendant, et ces deux parties furent assujéties entre elles par deux points de suture.

Alors, le tiers supérieur qui était demeuré simple fût renversé en haut et tordu d'un côté à l'autre ; par là, une partie de la surface cellulaire de ce même tiers supérieur qui était demeurée nue, fut mise en contact avec une partie de l'os maxillaire qui avait été dépouillée, ensanglantée, et mise dans des conditions propres à la réunion immédiate; les bords du

lambeau double furent réunis à droite et à gauche, par des points de suture, avec les restes de la lèvre perdue.

Restait la plaie du cou qui résultait de la dissection du lambeau. Elle montrait à nu une partie du cartilage scutiforme, du cricoïde, du corps thyroïde et des muscles sterno-thyroïdiens. Livrer cette grande surface à la suppuration nous parut imprudent, et nous nous fortifiâmes dans l'idée déjà conçue d'avance, d'en rapprocher les bords par plusieurs points de suture, qui furent pratiqués sur le champ.

Cette opération, quoique minutieuse, n'avait pas coûté de trop vives douleurs au malade; il ne fut pas nécessaire de recourir à l'opium. Le lambeau s'engorgea, devint rouge, chaud, et donna les plus grandes espérances; pendant les quatre premiers jours, il ne survint point d'accident, et le malade était dans une quiétude parfaite.

Le quatrième jour, une odeur désagréable nous fit examiner les choses plus attentivement qu'à l'ordinaire : Le feuillet interne du double lambeau se trouva mortifié à moitié. Nous étions bien assuré que la chose n'avait pas lieu la veille. Néanmoins, le feuillet extérieur tenait d'une manière assez solide de l'un et de l'autre côté : nous en acquîmes la cercertitude en enlevant la plupart des points de suture du lambeau; nous ne réservâmes que ceux qui répondaient aux commissures.

Le troisième jour encore, tout était dans un état rassurant. Nous avions seulement à craindre que le

lambeau réduit à un seul feuillet, eût moins d'utilité que nous avions pu nous en promettre.

Le septième jour, la gangrène avait entamé le bord supérieur du feuillet antérieur du lambeau, par le côté droit seulement.

Le huitième et le neuvième, les progrès de la mortification s'étendirent vers le côté gauche, et firent les mêmes progrès qu'à droite; là se borna la destruction que la gangrène opéra, et en coupant le pédicule, nous dûmes conserver la portion du lambeau qui n'avait point péri. Elle suffit pour unir les deux côtés de la brèche labiale; mais la lèvre ne fut point remplacée, sa place fut seulement occupée par une portion de peau simple, laquelle, comme il était aisé de le prévoir, se crispa sur le face profonde et découvrit les dents jusqu'à leur collet.

Quant à la plaie du cou, la réunion s'y opéra dans la plus grande partie. Quelques point supérieurs suppurèrent, mais la cicatrice y fut très peu apparente.

*(Delpech, Clin. chir.)*

18^e^ *Observation.* Un jeune homme de dix-huit ans avait été long-temps tourmenté par une dartre rongeant alors guérie. Il était très défiguré. Les ulcères avaient non seulement rongé la partie externe du nez, mais encore tellement retréci la bouche, qu'il était fort difficile d'y introduire le petit doigt. Le bord de ce trou circulaire était dur et calleux, nullement extensible.

Le malade était assis sur une chaise, la tête sou-

tenue par un aide, je plongeai la branche aiguë d'une paire de ciseaux, du côté droit, dans l'angle supérieur du trou, l'enfonçai à une certaine distance entre les parties molles de la joue et la membrane muqueuse, et coupai les premières. Alors je pus introduire le petit doigt dans l'ouverture. Je m'en servis pour faire saillir la joue droite, je glissai encore la branche de l'instrument sur la face celluleuse de la membrane muqueuse, et coupai la peau de la joue jusqu'à l'endroit où je projetais de faire le coin de la bouche. Cela fait, la languette cutanée comprise entre les deux plaies, fut soigneusement détachée de la muqueuse avec les ciseaux. Je pratiquai de même une languette semblable au côté gauche de la joue, en ayant soin aussi de ne pas léser la membrane muqueuse. Alors le malade se trouva en état, par l'abaissement de la mâchoire inférieure, d'écarter largement l'un de l'autre les bords à vif du sillon ainsi pratiqué. Il résulta de là une forte tension de la muqueuse, qui ressemblait à la membrane disposée entre les doigts d'un oiseau aquatique; maintenant je séparai celle-ci de la joue, tout autour, en dedans, et dans l'étendue de quelques lignes, puis je la fendis des deux côtés dans le milieu; je la ménageai seulement avec intention dans les angles.

Le sang ayant été bien épongé, je procédai à la restauration. Je saisis le bord de la muqueuse, et l'attirai assez à moi pour qu'il vînt à toucher le bord externe de la peau de la face, avec lequel je l'unis

par une intime suture. Ayant ainsi consolidé les bords de la muqueuse aux quatre points moyens des deux lèvres, j'attirai fortement au dehors la muqueuse épargnée dans les angles; je réunis là aussi les bords avec soin, et j'eus ainsi les coins de la bouche également recouverts. Alors je pratiquai de nouvelles sutures sur les points nombreux des lèvres, afin que chaque point de la muqueuse touchât immédiatement au rebord épidermique de la peau. Ces sutures étaient, les unes simples, les autres entortillées.

Cette opération de border la plaie avec la muqueuse ne présenta des difficultés que dans les angles. Quelques aiguilles achevèrent de réunir les bords de la muqueuse avec les petites surfaces cutanées de l'ancienne ouverture buccale, après que celles-ci eurent été incisées en travers sur le côté.

L'opération terminée, on appliqua de suite des fomentations froides, qui, pendant plusieurs jours, furent continuées jour et nuit. Au bout de vingt-quatre heures, je pus déjà enlever une partie des sutures; le troisième et le quatrième jour, je retirai les autres, réservant pour les dernières celles des angles, où la réunion importait le plus. La réunion par première intention s'était faite sur presque tous les points des lèvres; sur deux ou trois seulement, on voyait quelque peu de suppuration, qui céda en peu de jours à des lotions avec l'eau de Goulard tiède. Le malade fut guéri avant quinze jours. L'o-

pération lui avait procuré une véritable bouche, avec des lèvres rouges, qui, dix-huit mois après, n'avait encore éprouvé aucun rapetissement.

(*Dieffenbach.*)

9° *Autoplastie par collement primitif et section secondaire du pédicule du lambeau.* Ce procédé est celui de Dieffenbach qui l'a imaginé spécialement pour la rhinoplastie; mais il est évident que s'il est bon pour cette autoplastie en particulier, il doit l'être pour beaucoup d'autres également.

M. Dieffenbach, dès le premier jour de l'opération, insère le pédicule de son lambeau, ce qu'il appelle le *pont*, dans une incision sans perte de substance, qu'il pratique aux parties molles qui séparent le lambeau de la solution de continuité; le pédicule se greffe dans ce point par ses deux bords, en se recoquillant sur lui-même dans le sens de sa largeur. Enfin quand le lambeau est parfaitement agglutiné avec les parties, Dieffenbach cerne la saillie formée par le pédicule au moyen de deux incisions, et il l'extirpe.

M. Dieffenbach a parfaitement compris que s'il enlevait sur la racine du nez, dès le premier jour de l'opération, une quantité de peau suffisante pour y coller convenablement le pédicule de son lambeau, il sacrifierait une trop grande quantité des vaisseaux nourriciers de celui-ci, et compromettrait le succès de son opération; c'est pour cela qu'il se contente de prolonger une des incisions du front sur le nez, et

qu'il y insère ce pédicule qu'il enlève plus tard. Mais pourquoi compliquer l'opération primitive de cette coaptation d'une partie qu'on ne veut pas conserver? Je l'avoue, je ne le comprends pas. En un mot, en disposant son pédicule, comme il le fait dès l'abord, Dieffenbach l'arrange de telle façon qu'il ne peut le conserver; par conséquent, il serait préférable de ne pas le coller du tout, comme dans le procédé des brames, et de l'emporter ensuite. On aurait ainsi une opération plus simple, aussi avantageuse, plus avantageuse même, puisque le haut du nez n'aurait aucune cicatrice. Au reste qu'on juge ce procédé par l'observation suivante :

19e *Observation.*—Un homme avait perdu quatre ans auparavant le bout du nez en duel. On essaya envain la réunion immédiate; le bout du nez se gangréna, mais le moignon guérit rapidement. Il n'avait été enlevé que la partie inférieure des ailes; la cloison avait perdu environ les deux tiers de son étendue, de sorte que son moignon faisait une saillie de quelques lignes.

Je taillai d'abord à la partie supérieure du front une languette large d'un pouce pour la cloison, puis je m'écartai encore de six lignes à droite et à gauche, afin de procurer au lambeau la largeur convenable pour le bout et la partie supérieure des ailes, et je terminai à la racine du nez les incisions dirigées obliquement en dedans. La longueur de

cette bandelette inférieure destinée à la nutrition du lambeau était de neuf lignes. Ensuite je fendis le dos du nez dans toute sa longueur. Cette incision était le prolongement de l'incision qui descendait de la droite du front. Après avoir détaché la peau des os dans l'étendue de quelques lignes, afin de procurer de l'espace au lambeau, je retournai celui-ci et le fixai au moignon nasal par dix-neuf aiguilles servant à attacher: trois la cloison, huit le bout, et huit le front avec les deux côtés de la peau du nez. Enfin six autres aiguilles rapprochèrent la plaie du front. Comme malgré l'extrême tension de celle-ci, il restait encore une distance de neuf lignes au milieu du pont, je fis à chaque tempe, immédiatement sous la chevelure, une incision longue de plusieurs pouces, et allant jusqu'à l'os. Les deux artères temporales furent coupées, et j'entretins l'hémorrhagie jusqu'à ce qu'il eut coulé une livre de sang. Ces incisions permirent de réunir parfaitement la plaie frontale.

Je prescrivis un régime antiphlogistique sévère, et des applications continuelles de glace sur le front. Quelques minutes après la fixation du lambeau, il cessa d'être pâle, et au bout d'une demi-heure, il était rouge; le soir il y avait beaucoup de gonflement. Je fis faire une saignée de douze onces, qui modéra beaucoup les accidens inflammatoires généraux et locaux.

Les jours suivans j'acquis la conviction que l'opération réussirait. Tous les points du lambeau, ex-

trêmement tuméfiés, étaient intimement réunis avec les bords du nez, de sorte qu'on put retirer les dernières aiguilles le troisième jour. La plaie du front était réunie aussi, sauf un petit point dans le milieu. Cependant je continuai les antiphlogistiques, et le troisième jour, une fièvre assez forte, avec gonflement de la face, nécessita une seconde saignée de dix onces.

Peu à peu tous les phénomènes inflammatoires cédèrent, le gonflement de la face tomba, le lambeau s'amincit., ses côtés s'affaissèrent, le bout du nez devint plus saillant, la cicatrice frontale prit plus de solidité en haut et en bas; son milieu donnait du pus de bonne nature. Alors on rapprocha les bords à l'aide d'étroites bandelettes agglutinatives; au bout de quinze jours, la guérison était en grande partie achevée. Le nez était très-informe, et remarquable surtout par un dos fort gras.

Trois semaines après l'opération je procédai à l'agrandissement où plutôt à la formation de la partie antérieure des narines. A cet effet, je taillai dans la portion transplantée de la région frontale qui limitait les narines en devant, une languette étroite, dont la plus grande largeur était tournée vers la partie postérieure de la narine, la plus petite vers le bout du nez, et je creusai le fond de la fosse ainsi produite, en enlevant de la graisse et du tissu cellulaire afin de pouvoir enfoncer davantage le petit lambeau. Ensuite je fixai le lambeau de chaque narine au moyen

d'une petite plaque de plomb percée, sur les ouvertures de laquelle fut passée une fine aiguille, qui traversait le lambeau d'outre en outre, et sortait sur le dos du nez. D'autres petites plaques de plomb appliquées en dehors recevaient les pointes des aiguilles, qui furent alors tordues en spirale avec des pinces.

Au bout de huit jours, les petits lambeaux paraissaient réunis dans le fond, j'enlevai les aiguilles avec les plaques de plomb; mais les lambeaux se soulevaient un peu. Un léger érysipèle qui existait disparut en peu de jours.

La forme totale du nez était encore loin de me satisfaire. Pour la corriger, *j'extirpai de toute la longueur du dos le pont cutané devenu alors fort étroit*, et je réunis ensemble les anciens bords de la peau. Cette opération fut faite deux mois après le commencement de tout le traitement. Je plongeai le bistouri dans la glabelle, le fis descendre le long du côté droit du nez. Après l'incision de toute la languette cutanée, il resta sur le dos du nez un sillon long, profond et assez large. Afin d'en pouvoir réunir les bords, je les détachai latéralement des os nasaux, aussi loin qu'il avait été nécessaire autrefois de le faire pour ajouter le pont entr'eux; ensuite j'eus besoin de onze sutures entortillées.

La forme du nez surpassa alors mes espérances. Il avait le bout mince et long, avec un dos droit. Je fis de suite des fomentations froides, et prescrivis un régime exigu. Je retirai les premières aiguil-

dès le troisième jour, et les autres le lendemain.

Deux choses encore me déplaisaient, la courte et épaisse cicatrice au milieu du front, et l'aplatissement des petits lambeaux. J'y voulus remédier. Au bout de quinze jours j'extirpai la cicatrice, et réunis les bords avec quatre aiguilles. Cette fois la réunion se fit parfaitement par première intention, et je pus enlever les aiguilles le troisième jour. Huit jours après j'améliorai encore la forme des narines, en enfonçant un peu davantage les lambeaux dans le bout du nez par de petites incisions.

(*Dieffenbach.*)

10° *Autoplastie par agglutination secondaire du pédicule du lambeau.* Ce procédé, comme beaucoup de ceux que j'ai déjà décrits, a été institué pour la rhinoplastie; mais comme plusieurs, autres, il peut être d'une application générale, et doit pour cette raison trouver place ici. L'idée m'en a été inspirée par le désir de conserver au lambeau les vaisseaux de son pédicule, en ménageant, dans les premiers temps, les anastomoses de ces vaisseaux avec ceux du dos du nez qui ont avec eux des relations immédiates. Du reste, voici comment je l'exécute : l'opération est pratiquée d'abord suivant le procédé des brames, et lorsqu'est arrivé le temps de s'occuper du pédicule, au lieu de le couper, et de façonner la partie supérieure du nouveau nez, je pratique l'ablation des tégumens du dos du nez au dessous du pédicule, depuis la racine de

celui-ci jusqu'à la solution de continuité; je dédouble la peau du pédicule qui s'était déjà recoquillée sur elle-même dans le sens transversal, à la faveur d'une légère compression, je l'accolle sur le nez à la place des tégumens qui viennent d'être détachés, et je fais complétement disparaître le pont qu'il formait entre les sourcils.

Ce procédé a l'avantage : 1° *de ménager au moment de l'opération primitive beaucoup plus de vaisseaux dans la racine du lambeau que le précédent, de telle sorte qu'avec lui la gangrène est tout-à-fait impossible ;* 2° *de conserver au lambeau après l'agglutination secondaire de son pédicule, la moitié de ses vaisseaux, ce qui lui permet de conserver sa couleur et sa chaleur normales;* 3° *de procurer un nez dont le dos est plus continu avec le front, mieux soutenu de ce côté et, pour cette raison, arrondi vers sa pointe.*

11° *Autoplastie par enfoncement de la peau.* Ce procédé a été récemment inventé par M. le professeur Gerdy, pour la cure radicale des hernies; il consiste à déprimer la peau en cul-de-sac, le plus profondément possible, à travers l'ouverture herniaire, et à la maintenir dans cette position avec des fils, jusqu'à ce que le bouchon qu'elle forme ait contracté de solides adhérences avec les parties voisines.

## ARTICLE TROISIÈME.

### *Modifications générales de l'autoplastie.*

Indépendamment de la méthode opératoire que l'on adopte dans un cas donné, l'autoplastie présente encore des modifications qui dépendent de certaines conditions dans la forme de la solution de continuité qu'elle doit réparer. Aussi doit-on distinguer avec soin l'autoplastie qui s'applique aux parties plus étendues en profondeur qu'en surface, de celle qui convient aux parties plus étendues, au contraire, en surface qu'en profondeur.

L'autoplastie que l'on pratique dans le premier cas, celle des conduits fistuleux par exemple, réclame un arrangement particulier du lambeau qui puisse lui permettre de remplir tout le trajet de ces conduits; c'est pour ce cas que M. le professeur Velpeau a imaginé son procédé par *roulement du lambeau*, procédé par lequel on obtient, en effet, un véritable bouchon, dont la longueur, calculée d'après celle de la fistule, lui permet de se mettre en rapport avec elle dans toute son étendue. Il est inutile d'insister pour montrer tout l'avantage de ce mode opératoire dans le cas que je signale; un lambeau simplement disposé s'appliquerait seulement sur l'orifice externe de la fistule, laisserait les matières s'accumuler dans le trajet de celle-ci;

il ne réussirait pas, ou ne donnerait pour résultat que la transformation en fistule *borgne interne* d'une fistule primitivement *complite*. L'*autoplastie à la faveur du lambeau roulé en bouchon* est donc celle qui convient par dessus tout pour l'oblitération des conduits. L'*autoplastie ordinaire* ne peut fournir qu'un *opercule*, par conséquent elle est impuissante pour la cure de la partie intérieure du canal.

Ce n'est pas toutefois que le mode opératoire de l'opercule ne compte quelques succès : Earle, A. Cooper et le docteur F. Alliot, ont guéri de cette manière des fistules uréthrales. Le docteur Alliot a même, à cette occasion, modifié avantageusement le procédé opératoire ordinaire : il a taillé un lambeau quadrilatère sur un des côté de la fistule; du côté opposé, il a fait snbir à la peau une perte de substance de même forme et de même étendue; et il a réuni ensemble ces deux parties, en entrelaçant, en quelque sorte, l'une avec l'autre les deux lèvres de la plaie, et faisant chevaucher l'opercule sur l'orifice de la fistule.

20e *Observation.* — Un jeune homme présentait une ouverture fistuleuse vers le tiers inférieur de la verge. Je conseillai d'abord, suivant le conseil des auteurs, l'usage de la sonde, et ce moyen n'ayant amené aucun résultat, je recourus à la suture des bords de la fistule, qui échoua également. Ce double insuccès me donna lieu à réfléchir. La méthode

de Dieffenbach, qui consiste à inciser de chaque côté, parallèlement, les tégumens, ne me parut pas devoir réussir davantage; car la peau est lâche dans ces régions, et la cause des revers n'est pas dans le tiraillement de cet organe, ou dans la difficulté de le maintenir en contact, mais de la disposition de l'urine à s'insinuer entre les lèvres de la plaie, qui se trouve sur son passage. Il me parut manifeste qu'en éloignant du trajet de l'urèthre la réunion de la plaie, on en rendrait l'adhésion beaucoup plus sûre. En conséquence, je pratiquai d'un côté de la fistule des incisions latérales dépassant en haut et en bas la fente fistuleuse, et je disséquai la peau de ce côté, tandis que de l'autre j'en enlevai parallèlement une portion dans une étendue de six à sept lignes; reportant alors le lambeau flottant sur la surface dénudée, je pratiquai deux points de suture loin de l'urèthre; et après avoir placé une sonde dans le canal, j'appliquai un bandage dont la douce compression servait à maintenir encore les parties et à en rendre le contact plus intime. Il ne survint aucun accident. On se contenta de tenir le malade à la diète, d'arroser la verge d'eau froide durant trois à quatre jours, et la réunion se fit d'une manière solide et parfaite.

(*Gaz. méd.*)

# CINQUIÈME PARTIE.

## *Traitement nécessaire après l'opération de l'autoplastie.*

Les premiers soins du chirurgien, lorsque l'opération plastique vient d'être terminée, doivent être dirigés vers la partie de laquelle le lambeau a été extrait. Une plaie, d'une étendue variable, existe en ce point; si ses bords sont très mobiles, surtout s'ils sont peu écartés, on doit en opérer la réunion immédiate, au moyen de la suture, dans le plus grand nombre des cas; mais, pour peu que l'on éprouve de difficultés dans cette synthèse, je suis d'avis qu'on y renonce, et qu'on attende la suppuration. L'opération de l'autoplastie, en effet, est toujours assez longue, assez douloureuse, assez irritante pour le malade, par conséquent il ne faut pas augmenter la grande disposition de celui-ci aux accidens nerveux et inflammatoires par la traction violente des lèvres de la plaie. C'est particulièrement après la rhinoplastie que cette conduite prudente me paraît indiquée; le voisinage du cerveau, la largeur de la plaie frontale, la difficulté avec laquelle on fait glisser les parties molles de cette région, tout en fait une loi à mes yeux. Qu'on ne croie pas d'ailleurs que la cicatrice que l'on obtient

de la sorte, en ce point, soit beaucoup plus large que celle des malades dont la plaie a été rapprochée autant que possible. Je n'ai pas trouvé à cet égard la plus petite différence sur les malades que j'ai examinés comparativement.

Tous les praticiens cependant ne partagent pas l'opinion que je viens d'émettre relativement à la réunion de la plaie qui résulte de l'ablation du lambeau autoplastique. M. Dieffenbach, en particulier, prescrit d'en opérer constamment la réunion ; et dans le cas de la plaie frontale que je citais il y a un instant, si les moyens ordinaires de synthèse ne lui réussissent pas, il pratique sur les tempes deux incisions parallèles à la direction de la plaie, de manière à favoriser le rapprochement de celle-ci.

Quoi qu'il en soit, la plaie qui résulte de l'autoplastie doit être traitée comme une plaie simple : quelques plumasseaux ou linges enduits de cérat, ou mieux encore des compresses imbibées d'eau froide, seront appliqués sur ses bords ; le tout maintenu par un appareil peu serré. Le malade devra être tenu à la diète et mis à l'usage de boissons adoucissantes et anti-spasmodiques, indépendamment des soins et précautions particulières qui pourront être nécessités par l'espèce d'autoplastie qui aura été pratiquée.

Après la réunion de la plaie et la détermination du régime que le malade doit suivre, c'est le lambeau lui-même qui réclame toute l'attention du

chirurgien. Immédiatement après sa séparation, il pâlit, s'affaisse et devient froid; mais bientôt à cette pâleur succède une teinte légèrement violacée; une sorte de gonflement œdémateux se manifeste et la chaleur reparaît. Il est évident, en un mot, qu'une grande perturbation a été produite dans la circulation de cette partie; que d'abord il y a eu défaut d'arrivée du sang, et qu'ensuite c'est plutôt son retour qui a été gêné.

Dans le premier moment, on doit demeurer simple spectateur des phénomènes; mais lorsque la chaleur a reparu dans le lambeau, et que les signes de l'arrivée du sang y sont manifestes, il faut commencer les applications d'eau froide; elles agissent en stimulant doucement le système capillaire frappé d'atonie par défaut d'influx nerveux, et l'aident à se débarrasser du sang qui l'engorge. La chaleur et les stimulans agiraient sur le lambeau comme sur une partie engourdie par le froid, ils détermineraient un engorgement plus grand du système capillaire, et la gangrène dans un certain nombre de cas.

Lorsque, après quelques heures, le lambeau reste gonflé et bleuâtre, au lieu de revenir d'une couleur rosée intense, il est bon de faire l'application de quelques sangsues vers ses parties les plus excentriques; on obtient par là un dégorgement très avantageux. Sur un petit garçon auquel j'avais pratiqué l'autoplastie genienne à l'hôpital de la Pitié, et chez lequel le lambeau, resté

bleuâtre long-temps après l'opération, paraissait devoir se gangréner, deux sangsues, répétées à deux reprises différentes, suffirent pour dégorger le lambeau et pour le rétablir dans son état normal.

MM. Dieffenbach et Lisfranc ont particulièrement vanté le dégorgement du lambeau par le moyen qui vient d'être indiqué; et l'on doit d'autant moins hésiter d'y avoir recours, que son emploi ne saurait jamais causer le plus petit accident.

Il est inutile de dire que d'abord le lambeau doit être laissé libre de toute compression, surtout vers son pédicule. Mais lorsque les premiers jours sont écoulés, et que toute crainte de mortification est dissipée, une légère compression sur le lambeau est nécessaire pour l'empêcher de se recoquiller, et aussi pour effacer la saillie qui résulte de la rotation qui a été imprimée à son pédicule. Cette compression doit être continuée pendant tout le temps que s'accomplit le travail de la cicatrisation, et même au-delà, parce que, comme on le sait, le tissu de la cicatrice conserve long-temps sa rétractilité.

C'est vers le troisième ou le quatrième jour qu'on enlève les points de suture; à cette époque, un bandage contentif devient nécessaire pour soutenir les adhérences encore molles des parties et pour fixer les pièces de l'appareil.

Le traitement de la plaie du lambeau ne présente aucune indication particulière; c'est celui des plaies avec perte de substance.

# SIXIÈME PARTIE.

## SUITES DE L'AUTOPLASTIE.

Les suites de l'autoplastie, comme celles de toute autre opération, sont de deux sortes : les unes forcées, nécessaires et normales, les autres accidentelles et anormales.

## CHAPITRE PREMIER.

### *Suites normales de l'autoplastie.*

Les conséquences normales de l'autoplastie sont relatives au lambeau qui a été transplanté, et à la partie de laquelle ce lambeau a été extrait.

Pendant l'opération et immédiatement après, le lambeau qui a servi à faire l'autoplastie devient pâle, flasque, froid et insensible; la piqûre des aiguilles, ressentie vivement par les malades quand celles-ci traversent les bords de la solution de continuité, leur semble presque étrangère lorsqu'elles intéressent le lambeau.

Au bout de quelque temps, une heure au plus, le lambeau devient violet, il se tuméfie, se réchauffe, mais reste insensible, si ce n'est près de son pédicule; bientôt sa chaleur augmente, ainsi que sa tu-

méfaction, et il devient luisant dans quelques points.

Après quelques heures, si les choses doivent se passer de la manière la plus heureuse, le lambeau devient d'un rose foncé, le malade y sent quelquefois des battemens; dans d'autres cas, la teinte violacée persiste, et l'on est forcé de dégorger le lambeau embarrassé par le sang veineux à l'aide de moyens artificiels.

Vers le quatrième, quelquefois même au troisième jour, l'agglutination est bien établie dans la plus grande partie des surfaces contiguës; c'est même une chose fort remarquable que la facilité et la rapidité avec laquelle cette agglutination a lieu à la suite de l'autoplastie. Serait-ce que la vitalité diminuée du lambeau empêcherait les phénomènes inflammatoires de s'y élever au-delà du degré nécessaire à la formation de la matière pseudo-membraneuse? Cette conjecture me paraît probable.

Après le dixième jour, l'agglutination des parties les plus réfractaires du lambeau est presque toujours complète, à moins qu'on ait été obligé de lier beaucoup de vaisseaux sur la surface d'application de celui-ci. A cette époque, déjà la peau commence à se contracter sur elle-même et à prendre une densité, une résistance qui lui étaient étrangères auparavant; au moment de l'opération de la rhinoplastie, par exemple, le lambeau est si flasque, qu'il s'affaisse entièrement sur l'ouverture de la solution de continuité, et que le chirurgien qui pratique cette opé-

ration pour la première fois, est tenté de prendre en pitié l'œuvre qu'il vient d'achever; mais au bout de dix à quinze jours ce lambeau contracté a pris de la solidité, il se tient relevé sur l'ouverture des narines, et semble prendre les caractères de la région à laquelle il appartient désormais.

Après un mois, le lambeau présente une contraction plus grande encore qu'auparavant, il tend à se rouler sur sa face profonde et à devenir gibbeux en dehors; en même temps, il acquiert une densité proportionnée à l'étendue qu'il perd en surface, et si le chirurgien peu expérimenté, ne comptant pas sur ce changement, n'y a pas pourvu à l'avance en donnant à son lambeau une longueur en excès qu'il tient en réserve, la partie restaurée s'altère plus ou moins profondément et devient même parfois aussi ou plus difforme qu'avant l'opération. Tagliacozzi connaissait bien cette tendance des lambeaux autoplastiques; et le premier, il nous a enseigné les moyens de l'empêcher de devenir fâcheuse, ou même de la faire tourner au profit de la bonne conformation des parties.

A l'époque qui vient d'être précisée, le lambeau donne des signes non équivoques de sensibilité dans toutes ses parties, surtout au voisinage de son pédicule; mais ce qu'on observe de plus remarquable, c'est l'erreur dans laquelle tombent les malades, touchant le lieu auquel, parfois, ils rapportent les sensations qu'ils éprouvent: lorsqu'on irrite le lambeau, les malades rapportent l'impression doulou-

reuse à la région que celui-ci occupait avant l'opération; et réciproquement, quand on percute la surface naguère occupée par le lambeau, le choc est rapporté à celui-ci. Ces curieux phénomènes ont été particulièrement observés sur des malades qui avaient subi l'opération de la rhinoplastie. Je ne sache pas que même chose ait été constatée dans d'autres cas; mais comme l'analogie porte à croire qu'il doit en être ainsi, ce fait m'a paru devoir être généralisé. Du reste, il paraît que cette aberration de la sensation n'a pas été observée chez tous les malades, car M. Dieffenbach en conteste la réalité avec une assurance qui m'a paru grave de la part d'un homme qui s'est autant occupé que lui d'autoplastie; voici ses propres expressions; je traduis littéralement : *ce me paraît toutefois être une assertion faite à plaisir, quand Lisfranc dit qu'une piqûre faite au nez fabriqué avec la peau du front, cause une piqûre que le malade sent au front et non au nez.*

Je proteste de toutes mes forces contre l'assertion du chirurgien de Berlin; non seulement, en effet, les phénomènes nerveux que j'ai rapportés ont été observés directement par M. Lisfranc, mais j'en ai constaté moi-même et fait constater la réalité à tous les élèves de l'hôpital Beaujon, et à tous les médecins français et étrangers qui sont venus voir mes opérés. Un des honorables juges de ce concours pourrait, au besoin, certifier la vérité de ce que j'avance.

Quoi qu'il en soit de cette discussion qu'il impor-

tait de vider, il n'est pas impossible de concevoir théoriquement l'aberration nerveuse qui a été indiquée : en effet, l'impression qui est rapportée au front après la rhinoplastie, se propage du nez vers le cerveau suivant des filets nerveux qui normalement appartiennent au front ; elle vient frapper l'organe sentant, là où arrivent à l'ordinaire les impressions frontales ; de là l'erreur dans laquelle tombe celui-ci et par laquelle il attribue au front ce qui appartient au nez. Il n'est pas aussi facile de concevoir comment les impressions venues du front sont rapportées au nez. A la vérité, il faut en convenir, cette dernière aberration n'est pas aussi constante que la première.

Au bout de quelques mois les phénomènes nerveux précédens deviennent moins manifestes qu'auparavant, et finissent même par cesser complètement. C'est probablement cette circonstance qui a abusé quelques personnes sous ce rapport : elles ont fait leurs essais trop tard et ont laissé passer le moment favorable pour l'observation des phénomènes. Les deux malades auxquels j'ai fait la rhinoplastie sont restés long-temps à l'hôpital après leur guérison, le premier, trois mois, le second, huit. Celui-ci ne présentait plus d'aberration nerveuse depuis long-temps quand je l'ai perdu de vue ; celui-là en offrait encore quelques traces, mais obscures, à sa sortie de l'hôpital.

Amesure que l'on s'éloigne de l'époque à laquelle l'autoplastie a été pratiquée, on voit s'accomplir

dans le lambeau transplanté quelques phénomènes qui ne sont guères moins remarquable que les premiers. Les bulbes des poils s'atrophient le plus souvent et les poils tombent; aussi y a-t-il peu d'inconvéniens à transplanter un lambeau de peau velue sur un point du corps qui naturellement ne présente pas de poils; car par le fait de la marche des choses le lambeau devient bientôt glabre, ou reste seulement couvert d'un léger duvet. Chez un de mes malades la sous-cloison du nez avait été taillée dans la peau de la racine des cheveux; ceux-ci ne tardèrent pas à tomber et furent remplacés par des poils fins, soyeux, courts et plus blancs que ne l'étaient les poils primitifs.

Le lambeau reprend tout à fait sa couleur et sa chaleur normales dans certains cas, pas tout-à-fait dans d'autres. Il est bien entendu qu'en tout ceci il n'est réellement question que des lambeaux à pédicule étroit comme celui de la rhinoplastie. Sur les malades que j'ai opérés j'ai toujours vu les choses se passer comme je viens de le dire; si M. Dieffenbach n'a pas vu la même chose arriver aux siens, c'est probablement parce qu'il s'attache, comme je l'ai dit plus haut, à laisser le moins possible de vaisseaux dans le pédicule de ses lambeaux, tandis que moi j'emploie tous mes efforts, je mets tout le soin dont je suis capable à y conserver les vaisseaux les plus gros. Il me suffira de rapporter parallèlement les deux faits suivans, pour montrer combien cette différence dans

la constitution des pédicules des lambeaux, établit de dissemblance entre les résultats. Voici comment s'exprime M. Dieffenbach, relativement aux résultats de son procédé;

*Je vais, par un seul exemple, prouver combien, à tous égards, la portion de peau transplantée diffère encore du reste. Un homme à qui j'avais fabriqué un nez avec la peau du front, fut atteint d'ictère six mois après sa parfaite guérison; la peau de tout son corps, celle de la face surtout, était aussi foncée que si on l'eût frottée avec de la gomme-gutte; mais le nez, d'ailleurs de couleur naturelle et rougeâtre, était d'un blanc éblouissant quand il avait chaud, et devenait d'un bleu foncé dès qu'il était frappé par le froid.*

L'observation suivante de l'un de mes opérés fera foi, au contraire, que le lambeau peut participer aux maladies de la peau de la face quand il jouit d'une vitalité suffisante :

21^e^ *Observation.* A la débâcle de la journée de Waterloo, le nommé Gressan (Eustache) reçut, de la main d'un Anglais, un violent coup de sabre qui porta au milieu de la face : le nez fut coupé en totalité près de l'extrémité antérieure des os propres qui furent eux-mêmes un peu endommagés. La lèvre supérieure fut également coupée, mais non entièrement. Enfin le coup avait été si vigoureusement appliqué, que les cinq dents moyennes de l'arcade dentaire supérieure furent détachées avec une portion de leurs alvéoles respectives. Cependant, malgré cette énorme blessure, malgré le sang abon-

dant qui s'écoulait de tous les points, Gressan tint bon, et, sans s'inquiéter de son nez qui était tombé à ses pieds, il conserva assez de forces pour donner la chasse à son meurtrier qu'il atteignit, et par la mort duquel il tira vengeance de la perte qu'il venait de faire. Quelques instans après, il fut conduit à l'hôpital, où il reçut les soins qu'exigeait son état.

Plusieurs points de suture furent appliqués sur la lèvre supérieure, qui pendait au devant de la bouche. Ses deux angles restant encore adhérens, recevaient les artères coronaires, et se trouvaient par conséquent dans les conditions les plus favorables pour une réunion prompte et facile. Le succès fut en effet complet, et, en très peu de temps, les parties détachées avaient repris leur position naturelle. Il ne resta que deux cicatrices partant de chacune des commissures, et remontant le long du sillon labio-nasal. Elles existent encore, comme on le pense bien, mais elles sont peu difformes.

Le nez manquait, et il manquait en totalité, ainsi qu'on vient de le voir. Lorsque les portions d'os nécrosés furent détachées ; lorsque la suppuration se fut tarie, et que la cicatrisation fut achevée, il fallut bien, d'une manière ou d'autre, parer à cette énorme perte de substance. Un nez postiche au moins lui était indispensable : il s'en fit faire un en argent, et il le porta. Il en éprouva d'abord une très grande gêne, mais peu à peu il s'y habitua et il n'y songea plus.

Cependant à la longue son nez s'usa : la lame d'argent s'affaiblit sur tous les points, se perfora çà et là, et force lui fut de recourir de nouveau à l'emplette. Mais cette fois-ci ses moyens ne lui permirent pas de se munir ( qu'on me passe l'expression ) d'un meuble si aristocratique : il fallut rabattre de ses prétentions, et l'argent dut faire place au modeste cuir bouilli. C'est avec la plus grande peine du monde qu'il pouvait le maintenir en place : il était, pour le malade, mille fois plus gênant encore que son prédécesseur; pour comble de malheur, quelque temps après il devint bossu sur divers points : enfin, il était plus difforme que la difformité même : c'était, dit plaisamment le malade, un nez à faire peur, même aux rats les plus affamés.

C'est au milieu de ces circonstances que Gressan vint à faire connaissance d'un chirurgien distingué de Rouen. Ce dernier, après avoir examiné attentivement les parties, fut convaincu qu'on pourrait facilement remédier au mal, et remplacer ce déplorable nez postiche par un nez en nature. Il proposa donc une opération au malade. D'après les conventions, la main d'œuvre ne devant rien coûter, la matière étant, d'un autre côté, fournie par lui-même, le malade vit dans la proposition une économie bien claire ; et sans doute aussi l'espérance d'un plus beau nez l'y poussant un peu, il se décida et consentit.

A en juger par l'état que les parties devaient avoir alors, au rapport du malade, il n'était pas facile de

faire disparaître la difformité dont il était porteur, surtout en procédant comme l'a fait le chirurgien de Rouen. Il tailla, en effet, à partir de la racine du nez et le long de la partie latérale de chaque pommette, un lambeau de peau qui, une fois avivé et disséqué, fut rapproché de celui du côté opposé, sur la partie moyenne du nez. La réunion eut lieu : mais quelle réunion! de l'avis même du malade, c'était pire qu'avant l'opération. La difformité, quoi qu'en ait pu dire l'opérateur, qui s'était vanté d'avoir fait un petit chef-d'œuvre, était encore plus hideuse. Le malade, sans avoir rien gagné, y avait perdu la consolation de pouvoir, dans un temps plus heureux, se rehausser de nouveau jusqu'au nez d'argent. Plusieurs fois, il l'avoue, il a eu à se repentir d'avoir eu plus de confiance au bistouri qu'au marteau et à la lime. Le forgeron, à ses yeux, valait encore mieux que le chirurgien.

C'est lorsqu'il était encore tout convaincu de la justesse de ces réflexions que M. Blandin vint à le rencontrer et lui proposa de lui faire un nouveau nez, en procédant d'une manière toute différente de celle du chirurgien de Rouen. Mais le premier essai étant, comme on vient de le voir, assez peu encourageant, il fut peu aisé de le déterminer à une nouvelle tentative ; cependant, M. Blandin lui ayant présenté son premier opéré, l'échantillon lui plut et il fut décidé.

Je ne m'arrêterai pas à décrire la manière dont M. Blandin a procédé, ce serait inutile, oiseux même ;

il a agi comme dans tous les cas où la peau du front est empruntée pour être rabattue sur le nez qu'elle doit remplacer. Il me suffira de noter les différences principales de son procédé; je signalerai en première ligne que la dissection du lambeau frontal a été faite de manière que le renversement sur lui-même de ce lambeau s'effectuât facilement, et dispensât plus tard, sans qu'on eût, du reste, à redouter trop de difformité, de couper le pédicule adhérent. Je dirai aussi que la dissection elle-même de cette portion de peau a fourni la première certitude d'un succès que l'avenir devait inévitablement faire ressortir plus tard de la manière la plus éclatante. Cette première certitude est résultée de la particularité suivante : à peine le lambeau disséqué, le pédicule le plus éloigné de son point d'adhérence, celui qui était destiné à remplacer la portion la plus antérieure de la cloison nasale, celui enfin qui sépare les deux narines, ce pédicule, dis-je, était le siége d'une hémorrhagie assez abondante. Cet accident heureux prouvait clairement une chose : c'était une garantie rassurante que le lambeau portait avec lui tous les élémens nécessaires à sa nutrition. La gangrène n'était donc pas à craindre : du reste, comme on le verra tout-à-l'heure, le résultat a pleinement confirmé la confiance qu'on avait eue tout d'abord.

Les points de suture qui ont été jugés convenables, ont été appliqués, et un appareil propre à concourir à leur action leur a été ajouté. Je dirai

peu de choses de cet appareil accessoire : il peut varier singulièrement, suivant le but que se proposent les opérateurs, comme aussi suivant le degré de leur habileté. Cependant celui dont s'est servi M. Blandin, me paraît réunir les conditions les plus favorables, et me semble mériter la préférence. La plaie du front était pansée à plat et comme une plaie simple, cela va sans dire. Une petite compresse graduée, dont on devine facilement l'effet, était appliquée le long de chaque côté du nouveau nez ; chacune d'elles était maintenue par une petite bandelette de diachylum qui partait du front et se croisait sous le nez, de manière que la gauche était dirigée vers la commissure droite des lèvres, et la droite vers la commissure gauche. En même temps une autre bandelette correspondait, vers le milieu de sa longueur, à la base du nez, et était à son tour croisée par ses deux extrémités au niveau de la région moyenne du front. Elle avait pour effet de maintenir relevée en haut cette portion de nez qui tend continuellement à s'affaisser sur la lèvre supérieure, et de permettre par conséquent à l'organe de se consolider en conservant la forme la plus naturelle.

Quelques chirurgiens ont l'habitude de mettre, dès le premier jour de l'opération, dans chaque narine un petit cône creux en gomme élastique ; mais indépendamment de son inutilité complète relativement à la respiration, il devient fatigant pour le malade, et il peut, à l'exemple de M. Blandin,

être avantageusement remplacé par des boules de charpie ; celles-ci en effet ne causent, par leur présence, aucune espèce d'irritation; elles sont facilement maintenues par la bandelette de diachylum dont j'ai déjà parlé, et n'ont pas besoin, à cet effet, de l'emploi d'un appareil compliqué. Elles ont enfin l'avantage de permettre à l'opérateur de donner au nez la forme qui lui paraîtra la plus convenable et la plus régulière, comme aussi de modifier cette forme à chaque pansement, suivant ses goûts et suivant que besoin en sera. On pense bien que je ne suivrai pas jour par jour la marche de l'opération, ce serait par trop long et partant trop ennuyeux pour le lecteur comme pour moi. Il me suffira donc d'indiquer à grands traits les différens degrés de cette marche, et de signaler les particularités essentielles qui se sont présentées depuis l'opération jusqu'à consolidation parfaite.

Les premiers jours qui ont suivi l'opération ont été orageux; on s'y attendait. L'inflammation a été vive, la réaction profonde et énergique. Un délire presque furieux s'en est suivi; mais les moyens ne sont pas restés au dessous des besoins : des saignées copieuses et fréquemment réitérées, bref, et pour tout dire en deux mots, le traitement antiphlogistique le plus soutenu a été avantageusement employé et il a bientôt eu raison de ces symptômes menaçans, dont l'ensemble était plus menaçant encore. En peu de temps, le calme était revenu; tout s'est passé, dès ce moment, comme on le désirait; les

symptômes cérébraux ne se sont plus renouvelés, et la plaie du front est rentrée dans les conditions d'une plaie toute simple.

Rien de particulier, d'ailleurs. Les points de suture n'ont été suivis d'aucun accident. La réunion du lambeau a eu lieu aussi promptement qu'on y avait compté.

Cependant, environ un mois après l'opération, sans cause connue, et, du soir au lendemain, un érysipèle se manifesta à la pommette gauche; il gagna promptement en étendue, et ne tarda pas à arriver au niveau de la réunion du nouveau nez. Son intensité et la rapidité de sa marche firent craindre un instant pour celui-ci. Il fut atteint, en effet; la rougeur et la tuméfaction s'en emparèrent; mais un traitement bien dirigé parvint facilement à dominer ces symptômes et à en modérer les effets possibles. Cette complication, en elle-même si redoutable, non seulement n'amena aucun résultat fâcheux, mais même, dans un sens, elle fut d'une certaine utilité, puisqu'elle rassura pour l'avenir; elle démontra clairement la sincérité de la réunion, et quand, plus tard, le même accident survint de plus belle, on n'en fut nullement effrayé. Le nez, en effet, supporta cette nouvelle attaque avec le même avantage que précédemment; je dirai aussi qu'à plusieurs reprises, l'inflammation érysipélateuse se fit une sorte de jeu de nos prévisions, en se transportant tantôt des pommettes au nez, tantôt du nez aux pommettes; mais, encore un coup,

il n'y avait pas lieu à craindre ; l'organe greffé avait déjà fait ses preuves, et d'ailleurs, l'érysipèle était peu intense.

A partir du pédicule adhérent jusqu'à un demi-pouce environ, en allant vers la base du nez, la réunion n'avait pu se faire de chaque côté. On le concevra sans peine, si on fait attention à l'effet de la torsion que ce pédicule a dû éprouver par suite du renversement. Cette torsion a dû nécessairement empêcher que les surfaces les plus voisines n'aient pu être mises en contact immédiat ; cela tombe sous le sens. Un certain espace non réuni existait donc. C'est par cet espace, on le sait, que les chirurgiens qui se sont occupés de rhinoplastie coupaient le pédicule, quand ils étaient assurés que la réunion était bien faite, et que le lambeau n'avait plus besoin, pour vivre, du secours des vaisseaux de ce pédicule.

M. Blandin qui, par un exemple antérieur qui lui était particulier, s'était pleinement convaincu qu'il était tout-à-fait inutile de couper le pédicule, et qu'il y avait même à le faire des inconvéniens sur lesquels je vais revenir tout-à-l'heure, procéda de la manière suivante pour effacer l'espèce d'arcade dont je viens de parler : A l'aide du bistouri, les bords déjà cicatrisés furent avivés, de même que ceux de la portion de peau correspondante qui reposait de chaque côté sur l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur ; cela étant fait, les parties avivées furent maintenues en contact au moyen

d'un bandage légèrement compressif, et, quelques jours après, la réunion fut parfaite. La dernière période de la maladie se terminait donc là : tout était fini, le succès était complet; il ne resta plus au malade qu'à jouir des avantages de son nouveau nez, et de bénir la main qui les lui avait procurés. Pour nous, nous n'avons plus maintenant qu'à dire quelques mots sur cette nouvelle création, considérée en elle-même, et particulièrement sur la modification importante de l'opérateur.

Je dois dire que le malade qui a fait le sujet de l'observation qu'on vient de lire, n'a jamais perdu la faculté de sentir les odeurs. Cette faculté a toujours été la même, après comme avant l'accident, pendant l'absence du nez comme pendant qu'il faisait usage de celui d'argent ou de cuir bouilli. Aujourd'hui snrtout que celui que M. Blandin lui a fait est entièrement cicatrisé, il se délecte à prendre sa prise de tabac, et quoiqu'il se mouche souvent, son nez n'est pas encore tombé dans son mouchoir, malgré qu'un célèbre chirurgien ait jugé nécessaire de le menacer d'un semblable accident.

Enfin, pour terminer, j'indiquerai une particularité qui a déjà été signalée par quelques chirugiens; la voici : Quelque temps après l'opération, si, après avoir fermé les yeux au malade, vous venez à piquer, à l'aide d'une épingle, un point quelconque du nouveau nez, et que vous lui demandiez d'indiquer où il a éprouvé la sensation, il portera le doigt,

non pas à l'endroit où vous l'aurez réellement piqué, mais au front, et juste au point où la partie piquée correspondait avant l'opération; que si, au contraire, la réunion est bien faite, si le lambeau greffé est déjà, si je puis ainsi dire, bien identifié avec la sensibilité des tissus sur lesquels il a été appliqué, oh! dans ce cas l'erreur n'a plus lieu, et le malade rapporte sans hésitation la sensation qu'il éprouve au lieu où elle existe réellement. On conçoit facilement ce fait physiologique ; il s'explique assez de lui-même, et, soit dit en passant, il pourrait même être d'un grand secours pour faire apprécier la solidité de la réunion; il pourrait, si, sans égard pour la modification de M. Blandin, on se décidait à couper le pédicule, servir beaucoup à fixer l'époque à laquelle cette section devrait être faite, sans qu'on eût à craindre quelque fâcheux accident.

*( Thèse de M. Chomet. )*

Ainsi, au bout de six mois, le nez du premier opéré, de celui de M. Dieffenbach, était encore étranger, en quelque sorte au milieu de la face, puisqu'il restait intact lorsque celle-ci était profondément affecté par une maladie, tandis que le nez du second que j'avais opéré par un autre procédé, au bout de six semaines, recevait immédiatement l'influence des maladies de la face, et la lui renvoyait à son tour; en effet, un des érysipèles qui se développa sur l'un des côtés de la face, gagna le nez nouveau et se porta de là vers la joue opposée.

Enfin, il résulte de l'expérience de M. Dieffen-

bach que les plaies qui affectent un organe de formation nouvelle, se réunissent, par première intention, avec une promptitude et une facilité extraordinaires; tandis que les plaies dans lesquelles on met en contact une portion du lambeau transplanté et une partie du tissu ancien, éprouvent la plus grande peine à se réunir, et ne le font jamais que par seconde intention. La différence de vitalité entre les deux parties serait telle, suivant lui, que la première ne pourrait pas s'élever jusqu'au degré d'inflammation qui est nécessaire à la formation du pus. Je n'ai fait aucune observation à cet égard, mais je soupçonne fortement que les choses ne doivent pas se passer ainsi quand on a laissé des vaisseaux suffisans, comme je conseille de le faire, pour le pédicule des lambeaux.

## CHAPITRE DEUXIÈME.

### *Suites anormales, ou accidens de l'autoplastie.*

Parmi les accidens qui peuvent survenir à la suite de l'autoplastie, il n'en est pas de plus fâcheux que celui qui consiste dans la gangrène du lambeau; en effet, la gangrène détruit l'espoir qu'on avait conçu de faire promptement disparaître la difformité.

La gangrène est par fois bornée à un point ou à plusieurs points très circonscrits; dans d'autres cas elle comprend tout le lambeau jusqu'à son pédicule.

La gangrène partielle apparaît principalement aux angles des lambeaux autoplastiques, et dépend presque toujours de ce que le chirurgien a laissé à son lambeau des angles trop aigus, circonstances qu'il faut éviter avec soin. La gangrène générale du lambeau est heureusement plus rare que la première et tient à des causes plus graves que j'analyserai dans un instant.

Du reste, il ne faut pas trop se hâter de déclarer qu'un lambeau est frappé de gangrène ; il est arrivé plus d'une fois, suivant M. Walter de Munich, qu'on a désuni et enlevé comme frappés de mort des lambeaux qui auraient pu continuer à vivre. La gangrène commence, en effet, par la surface extérieure de la peau, l'épiderme noircit, il se ride, se détache, soulevé par une sérosité roussâtre, et le mal ne va pas au-delà. Elle affecte tout au plus la face superficielle du derme, tandis qu'en d'autres circonstances il s'étend beaucoup plus profondément et envahit la peau et les autres couches organiques du lambeau. Dans le premier cas, il serait facile de croire à une gangrène complète; il importe donc beaucoup de savoir que les choses peuvent se passer ainsi; et, afin d'éviter toute équivoque, on doit se rappeler de n'enlever le lambeau que quand on le voit se détacher lui-même; alors il ne reste plus le plus petit doute sur l'altération funeste qu'il a subie.

Ce qu'il importe le plus d'étudier dans l'histoire

de la gangrène dont je m'occupe ici, ce sont les causes qui la produisent; cette connaissance est le seul moyen, en effet, d'arriver à conjurer ce fâcheux accident. Suivant Dieffenbach, c'est bien plutôt par excès que par défaut de sang que le lambeau se gangrène; aussi, pour éviter cet accident, ce chirurgien conseille-t-il, comme on l'a vu, de ne laisser aucune artère volumineuse dans le pédicule du lambeau. Je ne reviendrai pas de nouveau sur les raisons qui doivent, suivant moi, faire rejeter ce paradoxe; je renverrai seulement à l'ouvrage de l'auteur; on y trouvera assez de cas de gangrène de lambeaux pour que l'on puisse ajouter quelque foi aux raisons que j'ai déjà produites dans la discussion. Au reste l'observation suivante jettera, ce me semble, quelque lumière sur ce sujet.

22e *Observation.* Joseph Danrède, âgé de 32 ans, né à Liége, homme d'une taille élevée, athlétique, et présentant des formes d'une régularité rare, vrai modèle pour les artistes, mais sans nez, perdit cet organe, tant sa partie osseuse que sa partie cartilagineuse, dès son plus jeune âge, et selon toute apparence par la maladie scrophuleuse. A la place du nez, on voyait une petite ouverture circulaire. L'effroi qu'inspirait la physionomie repoussante de cet homme, était encore augmenté par la lésion de ses lèvres, surtout de l'inférieure, qui étaient détruites en partie par d'anciens ulcères, de sorte que la bouche ne pouvait pas être fermée complètement ni les dents entièrement couvertes; les environs de la bouche étaient en

outre défigurés par des cicatrices d'un poli luisant, en partie élevées et semblables à des cordes tendues.

Ce malheureux désirait ardemment un nez, son état de paveur l'exposant sans cesse aux regards d'un grand nombre de personnes curieuses ou grossières qui reculaient avec dégoût devant lui, ou bien lui exprimaient leur pitié sans aucun ménagement pour sa délicatesse; tandis que la douce compassion passait en silence à ses côtés. Quant à moi, je l'avais vu bien souvent se livrer à l'exercice pénible de son état, le front baigné de sueur, et chaque fois, j'avais désiré lui faire un nez, lorsqu'il vint un jour me trouver et me demanda sa réception à l'hôpital de la Charité pour se soumettre à l'opération.

Je n'entrerai pas ici dans tous les détails de celle-ci, elle ne diffère pas essentiellement de beaucoup d'autres décrites d'une manière circonstanciée au chapitre premier de la seconde partie de cet ouvrage.

Le 18 janvier 1833, je me mis à l'ouvrage, je divisai d'abord la peau depuis la partie centrale et moyenne entre les sourcils jusqu'à la grande ouverture nasale; je fis alors au niveau de ce point, une incision transversale de deux pouces de longueur; les deux incisions formaient ensemble un ⊥ renversé; la peau fut ensuite, des deux côtés, séparée des os de la face, afin que le lambeau frontal pût être introduit dans cette cavité.

Ce travail préliminaire achevé, j'excisai du front un lambeau cutané en forme de lance; je le tordis sur lui-même et le réunis à l'aide de trente points de

suture entortillée ; trois points de suture attachèrent la sous-cloison large d'un pouce à la lèvre supérieure. Les deux tiers de la plaie frontale purent être fermés à l'aide de la suture à points séparés, en sorte qu'il ne resta plus au milieu du front, qu'un trou rond de la grandeur d'une pièce de quatre *groschen*, j'y mis de la charpie et j'y soutins encore les points de suture par des bandelettes agglutinatives qui furent appliquées dans leurs intervalles; je plaçai dans les narines des tuyaux de plumes enveloppés de charpie huilée.

Le malade fut porté dans son lit, je prescrivis des applications de glace et un traitement interne débilitant. Il se manifesta vers le soir une fièvre violente; je trouvai la face rouge, les yeux larmoyans ; le lambeau nasal d'une couleur rouge violette, était fortement tuméfié ; je fis faire une forte saignée, et appliquer 15 sangsues. Ces symptômes paraissaient encore plus intenses, malgré l'emploi de purgatifs rafraîchissans avec addition d'*aqua lauro cerasi* (eau de laurier-cerise ); le lambeau quoiqu'il continuât à perdre une quantité assez considérable de sang, qui s'écoulait par les piqûres déterminées par les sangsues que l'on avait appliquées le jour précédent, était cependant bien plus tuméfié; le gonflement était double de celui de la veille; je prescrivis donc une seconde saignée et une nouvelle application de sangsues, par les piqûres desquelles le sang s'écoula comme par torrens : le lendemain la tuméfaction était encore très considérable ; on appliqua de nou-

veau 15 sangsues et l'on remplaça l'eau froide par l'eau blanche tiède; le même soir, on fut encore obligé d'appliquer une seconde fois dix sangsues et autant le jour suivant.

L'état général du malade était un peu mieux; toutefois, on ne put réussir en aucune manière à modérer l'affluence du sang vers le lambeau, malgré le traitement antiphlogistique général et local le plus rigoureux. La nouvelle sous-cloison commença la première à prendre une teinte bleuâtre déterminée par la stase du sang; un coup de lancette donna issue à une petite quantité de ce liquide noir et d'une consistance de sirop; la plaie du front, excepté la partie moyenne, qui saignait fortement, s'était fermée par première intention.

La conservation du nouveau nez parût encore possible, car la gangrène ne s'étendait que sur la partie la plus postérieure de la sous-cloison qui était réunie à la lèvre supérieure; cependant, on vit tout-à-coup se déclarer une fièvre intermittente, accompagnée de dangereux accès de frissons et d'une forte diarrhée; les accès arrivaient très irrégulièrement, quelquefois deux dans le même jour. La gangrène fit alors de rapides progrès; elle s'étendit promptement de la cloison du nez sur toute la partie inférieure du lambeau qui formait la pointe et les ailes; les plaies latérales du nez réunies en grande partie par première intention, se rouvrirent et fournirent une suppuration séreuse et mal liée; une épaisse pellicule se détacha de la surface inférieure du lambeau

où la vie existait encore, et celui-ci fut par là réduit à la moitié de son épaisseur.

Sous l'influence d'un traitement interne légèrement excitant et fortifiant, de fomentations aromatiques et d'un pansement fait avec soin et souvent répété, l'état général et local du malade s'améliora; la partie gangrenée du lambeau se sépara complétement, de telle façon que la moitié supérieure seule fut conservée : une granulation normale s'établit alors; les côtés se réunirent de nouveau avec leurs points d'attache, dont ils s'étaient séparés; le bord et la surface inférieure se cicatrisèrent; la masse tout entière se resserra davantage et forma une petite proéminence, un petit nez artificiel mutilé à la place de la surface plane précédente. La plaie frontale s'était complétement fermée, en ne laissant qu'une cicatrice peu importante. Je n'osai pas entreprendre un nouvel essai pour agrandir le nez de cet infortuné, malgré le vif désir qu'il m'en témoignait. Peu de temps avant sa sortie de l'hôpital, ce même individu fut encore atteint de la petite vérole et faillit y succomber; cependant il fut heureusement guéri par un traitement purement antiphlogistique d'abord, et ensuite légèrement diaphorétique (*Dieffenb. trad. inéd. de M. Brandt.*)

Une des premières causes de la gangrène du lambeau, c'est assurément, à mon avis au moins, l'absence de vaisseaux suffisans dans son pédicule. Une autre cause encore fort importante, comme on a déjà pu le voir d'après ce qui a été dit précédem-

ment, c'est le défaut d'une direction convenable du pédicule du lambeau; ce pédicule doit rester adhérent du côté par lequel les vaisseaux arrivent à la partie; un exemple suffira pour établir cette vérité: *si l'on empruntait à la tempe un lambeau pour une opération plastique quelconque, on verrait presque à coup sûr la gangrène s'en emparer, si on l'avait disposé de manière à mettre son extrémité libre en bas et son pédicule en haut, parce que tous les vaisseaux de la tempe marchant de bas en haut, ceux du lambeau se trouveraient nécessairement coupés à leur origine.*

La nécessité où l'on se trouve parfois de prendre un lambeau dans une partie couverte d'une ancienne cicatrice est une circonstance fâcheuse, qui dispose d'autant plus à la gangrène que le tissu de cicatrice ne contient aucun de ces *vaisseaux volumineux* qu'il importe, suivant moi, de conserver dans le pédicule.

La torsion du pédicule de certains lambeaux peut être une cause de gangrène, si cette torsion a été un tant soit peu serrée, ce qu'il faut toujours éviter. On conçoit bien, en effet, comme le remarque Dieffenbach, que trop faible pour empêcher l'abord du sang par les artères, la torsion du pédicule d'un lambeau puisse être assez puissante pour affaisser les veines et pour s'opposer au retour du sang vers le reste du corps, et qu'ainsi le lambeau s'engorge et finisse par tomber en sphacèle. Encore une fois cependant, la torsion du pédicule aura d'autant plus

facilement ce résultat, que les vaisseaux qui appartiennent à celui-ci seront plus capillaires.

La traction qu'on serait forcé de faire subir à un lambeau trop court pour le mettre en rapport avec la partie à laquelle il est destiné, produirait facilement la gangrène du lambeau, en y gênant la circulation capillaire et en empêchant le sang d'en sortir. Enfin, des applications excitantes, la chaleur, etc., peuvent encore produire la gangrène en augmentant l'afflux du sang dans les lambeaux, sans accroître, dans la même proportion, les moyens de dérivation de ce fluide.

En résumé, donnez à votre opération tout le soin qui a été indiqué à l'article des moyens opératoires, conservez le plus de vaisseaux possible dans votre pédicule, dirigez celui-ci d'une manière convenable, évitez de le tailler sur un tissu de cicatrice, donnez à votre lambeau une étendue suffisante, évitez les topiques chauds et stimulans, et vous observerez rarement la gangrène.

La gangrène du lambeau peut survenir à trois époques distinctes de l'opération : dès le deuxième ou le troisième jour, après le sixième et lorsque l'agglutination est complète. La gangrène des premiers jours est presque toujours produite par défaut de sang, aussi est-ce une gangrène sèche : le lambeau qui en est frappé s'affaisse, se dessèche et tombe. La gangrène qui survient après le sixième jour est produite, en général, par l'inflammation du lambeau, et par un engorgement sanguin trop

considérable; elle est plus rare que la première; c'est une véritable gangrène humide : alors des phlyctènes se forment sur le lambeau, et il tombe en pourriture. On a dit avoir observé des cas de gangrène de nez de nouvelle formation survenue au bout d'un temps assez long après l'opération, sous l'influence du froid; je dois d'abord déclarer que j'ai cherché dans les auteurs, des exemples de cette sorte de gangrène, et que je n'en ai pas trouvé; ensuite j'ajouterai que si l'on peut concevoir facilement la chute par gangrène des nez nouveaux dont le pédicule a été coupé, et qui n'ont repris ni la couleur ni la chaleur des tégumens, même chose n'a pas lieu pour les nez dont le pédicule a été conservé, et qui sont liés au front par de gros vaisseaux. Ceux-là ne sont pas plus exposés à la gangrène par le froid que les nez ordinaires.

Après la gangrène du lambeau, ce que l'on doit le plus redouter dans l'autoplastie, c'est un succès incomplet, un résultat différent de celui qu'on avait droit d'attendre. Je ne puis pas insister davantage sur cette circonstance; car déjà, en parlant des suites naturelles de l'opération, j'ai indiqué la tendance naturelle des choses et montré les moyens propres à faire tourner les chances en faveur du résultat.

Enfin la vive irritation qui résulte de la dissection souvent laborieuse du lambeau, dans l'autoplastie, dispose les malades d'une manière toute spéciale aux accidens nerveux, surtout au delirium tremens

et aux érysipèles; mais ces accidens ne présentent rien ici de particulier, rien par conséquent sur quoi je doive insister.

23^e *Observation*. Un homme âgé de cinquante-huit ans, d'une constitution vigoureuse, réclama mes soins, il y a deux ans, pour une affection de nez qu'il portait depuis dix-huit mois environ. Un petit bouton s'était développé à cette époque en dedans de l'aile droite du nez, et avait été déchiré à plusieurs reprises; plus tard un écoulement de matières âcres était survenu et le malade s'était aperçu que son nez avait pris un développement plus grand de ce côté que de l'autre. Du reste aucun des membres de sa famille n'est affecté de cancer; lui-même il n'a jamais eu ni scrofule, ni syphilis; seulement il était sujet à une affection cutanée du genre de l'eczèma, à laquelle il attribuait son mal, et que son médecin considéra également comme la cause du désordre.

Quoi qu'il en soit, voici dans quel état il se présenta à mon observation : l'aile droite du nez forme en dehors une saillie considérable; la peau qui la recouvre a conservé ses conditions normales, elle offre seulement de la distension; l'ouverture de la narine droite est double de celle du côté opposé; de la matière ichoreuse, sanguinolente et fétide s'en écoule continuellement; un peu au dessus de cette ouverture on distingue une tumeur d'un gris

sale, un peu lobée, dont on suit facilement le tour avec une sonde de femme, avec laquelle on reconnaît sans peine l'adhérence de la tumeur en avant, près du point où l'aile et le dos du nez se confondent; le plus petit contact de cette tumeur suffit pour en faire sortir du sang, mais il ne développe absolument aucune douleur; le malade ne souffre pas; son état général est très bon. Déjà, à plusieurs reprises un médecin avait arraché la tumeur avec des pinces à polypes; elle était constamment revenue. Cette circonstance me suggéra l'idée de l'attaquer avec des moyens différens, et en prenant toutes les précautions possibles pour la déraciner complètement; voici comment j'y procédai :

Une incision fut pratiquée sur la côte du nez et un peu à droite, depuis le lobe jusqu'au bord inférieur des os nasaux, de manière à ouvrir le nez à cette hauteur et dans toute cette étendue; l'aile droite du nez fut écartée en dehors et maintenue en cette position par un aide; la tumeur mise à nu et visible dans toute son étendue, fut enlevée aussitôt avec la portion de chairs auxquelles elle tenait immédiatement (elle était fixée à la partie antérieure de la face interne de l'aile nasale); un petit cautère chauffé à blanc fut passé sur la partie, pour rendre plus certain le succès de l'opération; et quelques points de suture opérèrent la coaptation des lèvres de la plaie. Tout alla très bien : le quatrième jour la plaie du nez était guérie; et le

malade partit le lendemain pour retourner dans son pays.

Six mois après le mal était revenu, malgré les précautions minutieuses avec lesquelles j'avais procédé à son ablation, et le malade de retour à Paris, sollicitait de nouveau mes soins. Cette fois l'altération n'était plus bornée à la partie interne de l'aile du nez, toute l'épaisseur de celle-ci était affectée ainsi que le dos, le lobe et la partie voisine de l'aile du nez du côté opposé; le mal par conséquent ne pouvait être enlevé qu'à la condition de produire une affreuse difformité; il fallait emporter toutes les parties que je viens de nommer, et l'on ne pouvait conserver que la moitié de l'aile gauche du nez cartilagineux et la cloison. Le succès que j'avais obtenu de l'autoplastie dans un cas du même genre que celui-ci et dont l'histoire a été rapportée plus haut, ne me permettait pas d'hésiter: je formai le projet d'une double opération, par laquelle j'enleverais le mal et je réparerais la difformité qui devait résulter de cette ablation.

Je cernai la tumeur à la faveur d'une incision qui suivit, à droite, très exactement la ligne d'adhérence du nez cartilagineux et du nez osseux, et qui passa, à gauche, à la réunion du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs de l'aile du nez; et je détachai ainsi la tumeur du bord antérieur de la cloison à laquelle elle adhérait. Immédiatement après cette première partie de l'opération je pris dans la région frontale, un lambeau triangulaire à base supérieure,

lambeau auquel je ne laissai qu'un appendice supérieur très court, parce que la sous-cloison des narines étant intacte, n'avait pas dû être enlevée; disséquer et retourner le lambeau sur son pédicule fut l'affaire de peu d'instans, et je pus alors terminer l'opération en réunissant celui-ci avec les bords de la solution de continuité nasale au moyen de cinq points de suture entrecoupée, deux pour chaque côté, un pour la sous-cloison. Un plumasseau fut placé sur la plaie du front, et le malade tenu à la diète et à l'usage de la limonade. Le nez reformé de la sorte offrait une perfection d'autant plus grande, qu'il était soutenu par la cloison cartilagineuse à la hauteur du nez naturel. Tout se passa très bien pendant quatre jours, la réunion était parfaite et le nez on ne peut plus régulier ; mais dès le cinquième jour, du frisson, des nausées survinrent, et bientôt après de la rougeur parut à la racine du nez sur les côtés du pédicule du lambeau ; cette inflammation s'étendit promptement à toutes les parties supérieures de la tête, de la face et au col; des symptômes cérébraux survinrent, et malgré un traitement antiphlagistique fort actif, le malade succomba le cinquième jour du développement de cet accident et le dixième depuis l'opération.

L'inflammation s'était étendue jusque sur le pédicule du lambeau, mais elle n'était pas allée au-delà; les adhérences de celui-ci dans le lieu de son gisement nouveau étaient encore intactes, au

moment de la mort, et ce n'était pas chose peu désolante que de voir avec quelle perfection l'autoplastie était parvenue, dans ce cas, à dissimuler la mutilation, et de songer cependant aux tristes conséquences qui allaient résulter de cette opération.

24ᵉ *Observation.* Boulanger (Euphrosine), âgée de trente-neuf ans, couturière, bien réglée, mère de quatre enfans, entra à l'hôpital des vénériens le 14 juin 1834, pour des ulcérations syphilitiques du front et du nez, contre lesquelles elles avait employé, sans succès, divers traitemens mercuriels et qui reconnaissaient pour cause une infection datant de cinq ans. Ces ulcérations se mêlaient à des tubercules syphilitiques; à la suite de moyens locaux et généraux qu'il serait beaucoup trop long et inutile de détailler ici, les ulcérations étaient en partie cicatrisées le 19 septembre, et la malade se trouvait à cette époque dans l'état suivant : Les os nasaux n'ont subi aucune altération, la cloison est intacte, le lobule et les ailes du nez sont très bien conservés ainsi que toute la lèvre supérieure jusqu'à la hauteur de quatre à cinq lignes. Le dos du nez est couvert d'une cicatrice de bonne nature. Mais de chaque côté, entre lui et la partie interne des joues, se voit une ulcération triangulaire à base en bas, séparée de l'ouverture des narines par l'intervalle de quatre lignes environ dont il a déjà été parlé; le sommet de ces ulcérations est dirigé vers la racine du nez.

Ces deux ulcérations paraissaient en voie de gué-

rison; cependant leur bord externe est mince, violacé et se déchire avec facilité. Le cartilage triangulaire du côté droit est conservé; il existe entre celui du côté gauche et l'os nasal une ouverture de trois lignes de diamètre qui pénètre directement dans les fosses nasales. L'état général est bon ; cependant le tube digestif est très susceptible et ce n'est qu'avec beaucoup de précaution et après quelques intervalles de repos que l'on a pu administrer à la malade les médicamens intérieurs nécessités par son effection.

L'opération pratiquée le 20 septembre par M. Dieffenbach dura une heure. L'opérateur après avoir avivé les bords et le dos du nez, tailla sur la partie moyenne du front, un lambeau simplement triangulaire à sommet en bas vers la racine du nez. Le lambeau renversé fut assujéti au moyen d'un très grand nombre de points de suture entortillée. Il n'existait entre chaque point qu'un intervalle de deux lignes à peu près.

M. Dieffenbach dirige lui-même le traitement de la manière suivante; le jour même de l'opération: (limonade vineuse, lavement purgatif, diète, six sangsues sur le lambeau).

21 septembre, dix sangsues, matin et soir sur le lambeau et les joues, lavement purgatif.

22, trente sangsues sur les joues, lavement purgatif, on retire quelques épingles.

23, dix sangsues et scarifications légère sur le lambeau, lavement purgatif.

24, fomentation avec camomille vineuse; on touche les points non réunis et surtout l'angle inférieur gauche du lambeau qui paraît menacé de gangrène, avec la teinture de cantharides.

26, on remplace la teinture de cantharides par l'oxide rouge de mercure, fomentation avec un mélange d'infusion vineuse de camomille, d'eau chaude et d'eau-de-vie camphrée. (Limonade vineuse, décoction de salsepareille avec addition de scammonée et de coloquinte, bouillon, pruneaux.)

Toutes les épingles ont été successivement retirées, il n'en reste plus le 27.

Le 3 octobre, section du pédicule; la cicatrice est presque complète dans tous les points; l'angle inférieur gauche du lambeau a été gangréné dans l'étendue de trois lignes; c'est le seul point qui ait manqué.

Le 4 octobre, érysipèle de la face et du nouveau nez, fièvre, dévoiement.

L'érysipèle augmente les jours suivans; il existe des symptômes d'entérite très évidens: la malade déjà affaiblie par les sangsues appliquées les premiers jours, et dont le canal intestinal déjà très susceptible, a été surexcité par tant de purgatifs, continue cependant à être poursuivie par les médicamens les plus incendiaires.

Le 10, l'érysipéle est flétri, mais il est survenu des symptômes adynamiques; la respiration s'est embarrassée: la mort survint le 12 octobre, vingt-trois jours après l'opération.

(*Communiquée par M. Rampon.*)

## SEPTIÈME PARTIE.

### *De l'importance de l'autoplastie.*

S'il était besoin de montrer par des faits combien il importe de ne rien négliger dans les sciences, quels fruits précieux peut porter la chose la moins bonne en apparence, lorsqu'elle est fécondée d'une manière convenable, l'autoplastie pourrait à bon droit être invoquée ; elle établirait cette vérité de la manière la plus éclatante. Il y a peu d'années, en effet, cette opération trouvait à peine créance parmi les médecins ; beaucoup la considéraient comme une de ces fables merveilleuses dont l'Orient nous a fourni de si nombreux sujets ; les moins incrédules la citaient tout au plus comme une preuve de la force plastique de nos parties, et c'était presque en riant qu'on en racontait quelques exemples rares, épars dans les archives de la science ; aujourd'hui la scène est bien changée : non seulement tout le monde entrevoit l'avenir brillant de l'autoplastie, mais encore chacun se hâte d'en multiplier, d'en varier les applications ; les succès qu'elle obtient ne sont plus douteux, et déjà elle a pris rang parmi les branches les plus ingénieuses, peut-être même les plus importantes de la médecine opératoire.

Qu'on n'infère pas cependant de ce qui précède que je considère comme chose facile de porter un jugement sur le mérite général de l'autoplastie. Cette question, en effet, est entièrement neuve, personne jusqu'ici ne l'a abordée dans toute son étendue, et ceux qui ont cherché à soulever quelques-uns des coins du voile, l'ont fait pour la plupart avec des idées préconçues, ou trop favorables ou trop contraires.

Dans l'appréciation du mérite de l'autoplastie, il est une source d'erreurs contre laquelle il est difficile de se défendre, et que je dois tout d'abord signaler à ceux qui feront à ces pages l'honneur de les lire : malgré soi, on reporte trop souvent ses idées vers la rhinoplastie; cette espèce a été si long-temps la seule du genre, si long-temps son nom a été en quelque sorte synonyme de celui de *greffe animale*, qu'involontairement elle se présente à l'esprit quelleque soit la question générale que l'on agite. On ne saurait trop se garder contre cette tendance, si l'on ne veut courir le risque de donner comme des généralités sur l'autoplastie ce qui, en fait, n'appartient qu'à l'histoire de l'une de ses espèces.

Pour apprécier l'importance de l'autoplastie d'une manière convenable, il faut l'étudier surtout dans ses rapports avec la structure, avec les fonctions et avec les maladies de l'organe restauré; et voir les services qu'elle est susceptible de rendre sous ce triple rapport.

## CHAPITRE PREMIER.

### *Importance de l'autoplastie relativement à la structure de l'organe qu'elle restaure.*

Sans doute le chirurgien autoplaste ne peut élever très haut ses prétentions relativement à ses créations organiques; sans doute, il ne peut rien au-delà de la forme extérieure, et d'une forme qui n'approche que d'assez loin de la forme naturelle; mais c'est déjà beaucoup d'être parvenu jusque là. De la sorte, en effet, il répare les difformités les plus affreuses, il rend à la société étonnée des malheureux qu'auparavant elle repoussait de son sein comme un objet d'horreur et de dégoût. Considérée d'ailleurs sous le point de vue anatomique, l'autoplastie, malgré les défauts qu'on peut lui reprocher, présente un degré de perfection qui manque à la plupart des autres opérations, elle est éminemment réparatrice, et, ce qu'il importe bien de faire sentir, elle répare les pertes de subtance pour la guérison desquelles tous les autres moyens restaurateurs sont impuissans; elle est la ressource extrême de la chirurgie sous ce rapport.

On objecte à l'autoplastie qu'elle ne tient pas toujours exactement ce qu'on attend d'elle; que quelquefois elle donne d'abord les plus heureux résultats, et qu'ensuite au bout d'un certain temps, on voit la

partie qu'elle a restaurée s'altérer, et reprendre quelque chose de sa difformité primitive. Ces faits sont de la plus grande exactitude; et si quelques chirurgiens partisans trop enthousiastes de cette opération, les ont passés sous silence, tandis que d'autres, ses détracteurs, non moins exclusifs que les premiers, les ont présentés comme plus graves qu'ils ne le sont en réalité, soutenant que le même avenir attend sous ce rapport toutes les opérations autoplastiques, le tort, je me hâte de le dire, est également de l'un et de l'autre côté; historiens de la science, les uns et les autres auraient dû avant tout rapporter fidèlement. Mais peut-on induire de là quelque chose de défavorable à l'autoplastie? Je ne le pense pas.

D'abord tout en reconnaissant comme entièrement vrai ce qui a été dit de la tendance de la plupart des produits autoplastiques à se détériorer surtout par le recoquillement et l'affaissement des lambeaux transplantés, il faut bien se garder d'ériger ce fait en règle générale; car il existe des cas dans lesquels on observe précisément le contraire. La tendance à la détérioration de la partie formée se révèle, en effet, surtout dans les cas où cette partie est libre dans une plus ou moins grande étendue, comme les lèvres, les paupières; mais elle est presque entièrement nulle, dans les circonstances inverses; ainsi le temps n'apporte aucun changement fâcheux aux produits de la bronchoplastie; au contraire même, il les perfectionne et assure davantage le succès de l'opération.

En second lieu, il ne faut pas tourner contre l'autoplastie palpébrale, labiale, etc., les résultats fâcheux que j'ai précédemment cités; ils dépendent peut-être plus de l'enfance de l'art autoplastique et de son imperfection, que de cet art lui-même. Quoi! parce que la difformité primitive aura reparu après telle ou telle opération, il en faudrait conclure que cette opération est essentiellement mauvaise! La conséquence ne serait pas logique. J'ai fait une cheiloplastie, il y a six ou sept ans, sur un homme qui a été ensuite long-temps infirmier à l'hospice de la Faculté; c'était la première opération de cette espèce que je pratiquais; je pris un lambeau trop petit, le résultat fut peu satisfaisant; je me suis bien gardé d'en rien conclure contre l'opération elle-même; j'ai recommencé sur d'autres malades, en modifiant ma manière de faire, et j'ai obtenu des succès.

L'autoplastie présente deux écueils contre lesquels viennent souvent se briser les calculs du chirurgien, savoir: la difficulté de l'appréciation exacte de l'étendue qu'il convient de donner au lambeau d'emprunt, et l'incessante contractilité du tissu inodulaire qui s'établit sous ce lambeau après son agglutination. Eh bien! ces écueils ne sont pas insurmontables : avec de la pratique, un coup d'œil exercé et une connaissance approfondie du raccourcissement qui peut résulter pour un lambeau donné de la contraction de la cicatrice qui recouvre sa face interne, on peut

arriver à calculer rigoureusement les dimensions de ce lambeau; en outre, en y mettant tous ses soins, en exerçant un certain degré de compression en temps opportun, sur la face externe du lambeau, comme je l'ai dit précédemment, on diminue singulièrement les inconvéniens de la contraction de ce tissu de cicatrice connu depuis long-temps, et dont on a beaucoup trop exagéré la fâcheuse influence dans ces dernières années.

Au reste, il y a deux considérations qu'il ne faut pas perdre de vue ici : d'une part, si forte qu'elle soit, la contractilité du tissu de cicatrice a cependant des bornes; au bout d'un certain temps, ce tissu se ramollit et n'offre guère plus de contractilité que le tissu ordinaire; et, d'un autre côté, à la faveur de certaines modifications opératoires, on arrivera certainement à rendre les effets de cette contractilité beaucoup moins redoutables. MM. Dieffenbach et Serre de Montpellier n'ont-ils pas déjà, par exemple, très heureusement modifié la cheiloplastie sous ce rapport, en proposant, dans certains cas, de conserver des portions de la membrane muqueuse labiale, et de les faire servir à doubler la peau qui est destinée à former la lèvre nouvelle? Delpech lui-même n'a-t-il pas proposé pour d'autres cas le doublement de la peau déplacée?

L'autoplastie n'a certainement aucune influence bien marquée sur la texture de l'organe qu'elle reproduit, elle ne peut qu'opérer un déplacement de parties, et modeler celles-ci suivant la partie nou-

velle qu'elle veut obtenir; mais si elle est tout-à-fait inhabile à donner à celle-ci la structure de celle qui a été mutilée, cependant il ne faudrait pas inférer de là que la partie transplantée conserve rigoureusement sa texture et son organisation: en théorie, la chose ne se concevrait pas, et, en fait, il n'en est pas ainsi. On ne concevrait pas que la partie transplantée ne fût pas modifiée dans sa structure, car elle a été isolée de ses vaisseaux et de ses nerfs; et bien qu'à la faveur de ses adhérences plastiques elle ait contracté de nouveaux rapports nerveux et vasculaires, il est évident qu'il y a, entre cet état et l'ancien, de réelles différences qui doivent modifier le mode de vitalité et de nutrition du lambeau. Du reste, l'observation établit clairement que la structure de la partie transplantée est modifiée, au moins quand il y a eu de grands changemens dans ses rapports, puisque, comme je l'ai montré précédemment, la peau devient plus épaisse, moins velue, etc.

Le rôle de l'autoplastie n'est pas toujours borné, sous le rapport anatomique, à la reproduction d'une forme organique analogue à celle qui a été détruite, elle assure encore souvent l'intégrité d'organes voisins de celui qui a été réparé. La *blépharoplastie* empêche l'inflammation de l'œil par le contact continuel de l'air, l'obscurcissement de la cornée ou même des altérations plus profondes encore; la *cheiloplastie* obvie à l'ulcération des gencives, à l'altération des dents; *la vésico-plastie* vaginale s'oppose à

l'ulcération du vagin par le contact continuel de l'urine, etc. En un mot, l'organe nouveau, si l'on peut ainsi dire, accepte la part de solidarité de l'organe qu'il remplace.

## CHAPITRE DEUXIÈME.

### *Importance de l'autoplastie, relativement à l'action des organes restaurés.*

Il est facile de concevoir, d'après ce qui précède, toute l'importance physiologique de l'autoplastie; les bienfaits de cette opération, en effet, ne sont pas moins importans sous ce rapport que sous le précédent. Sans doute, l'imperfection de structure des organes que l'art a réparés ne leur permet jamais un jeu aussi parfait qu'aux organes normaux, mais il reste encore aux premiers assez d'utilité, pour qu'on puisse le proclamer bien haut en l'honneur de la partie de l'art qui nous occupe ici. La rhinoplastie rétablit l'olfaction, depuis long-temps perdue, parce que le nez nouveau suffit à diriger les molécules odorantes des corps vers la partie supérieure des fosses nasales occupées par la portion la plus spécialement olfactive de la membrane pituitaire; un des malades que j'ai opérés, et dont l'observation a été rapportée plus haut (Gressent), avait abandonné l'usage du tabac avant l'opération, il l'a repris depuis, et, il prise maintenant avec une suavité toute particulière. La cheiloplastie

et la génioplastie rendent sa perfection à la gustation ; elles permettent aux malades de retenir leur salive, et par suite, elles rendent à la bouche cette humidité sans laquelle les papilles gustatives n'exercent plus leur action que d'une manière imparfaite. La bronchoplastie, comme on l'a vu dans le cas de M. le professeur Velpeau que j'ai rapporté, rend la voix plus naturelle; elle pourrait même, si elle était appliquée à la cure d'une fistule trachéale rétablir la voix auparavant impossible sans le secours d'un obturateur artificiel. L'uréthroplastie rétablit à la fois le cours naturel de l'urine et du sperme; elle rend à l'homme auquel elle a été pratiquée la faculté de se reproduire.

## CHAPITRE TROISIÈME.

### *Importance clinique de l'autoplastie.*

Jusque dans ces derniers temps, on n'avait guère vu d'importance à l'autoplastie au-delà des faits qui viennent d'être rapportés; mais aujourd'hui il n'en est plus de même. Aussi l'art autoplastique a-t-il grandi plus encore, peut-être, sous le rapport des indications cliniques à la satisfaction desquelles il a été chargé de pourvoir, que sous celui des méthodes et des procédés qui ont été inventés. Depuis longtemps, et à plusieurs reprises, les chirurgiens avaient porté toute leur attention sur la funeste tendance

qu'ont les affections cancéreuses à se reproduire, même après les ablations le plus complétement et le plus sûrement achevées. Diversement appréciée par les uns et par les autres, mais reconnue par tous, cette fatale disposition porte encore journellement le désespoir dans l'âme des malades et le découragement dans celle du chirurgien; elle a fait dire au célèbre Boyer, vers la fin de sa carrière : *que la repullulation, après son ablation, est un des caractères les plus constans du cancer. Telle tumeur a été emportée,* ajoutait ce professeur, *et le mal n'est pas revenu, donc ce n'était pas un cancer.*

Si tous les chirurgiens ne partagent pas cette désolante opinion, tous conviennent que rien n'est commun autant que la récidive d'un cancer, même lorsque l'opération a été pratiquée dans les circonstances les plus heureuses; de sorte que le jour où les moyens de parer à cet accident, le plus funeste de tous, auraient été révélés, serait compté certainement parmi les plus beaux de notre art. Cette précieuse découverte a-t-elle été faite par le docteur Martinet de la Creuse ? Une ère nouvelle va-t-elle s'ouvrir pour la thérapeutique du cancer qui peut être atteint par nos moyens chirurgicaux ? L'autoplastie enfin est-elle chargée de résoudre cet important problème? je suis loin de l'assurer, car je suis du nombre de ceux qui pensent que rien n'est long, que rien n'est difficile comme la production d'une vérité clinique, et la doctrine que j'an-

nonce repose encore sur trop peu de faits, pour qu'elle puisse avoir les caractères de chose démontrée. Ce point de vue de l'autoplastie se recommande uniquement par son importance ; c'est un aperçu thérapeutique fort lumineux, qui a pour lui quelques faits d'une authenticité non douteuse et qui a besoin d'être fécondé par de nouvelles observations qui présentent le même caractère. En attendant je le livre tel que je l'ai reçu aux méditations des praticiens.

Frappé de cette circonstance que les cancers qui repullulent surtout après l'opération, sont ceux qui ont nécessité une large perte de substance à la peau, et l'attribuant tout d'abord aux tractions forcées qu'on exerce sur cette membrane pour la réunion de la plaie, M. Martinet forma le projet, il y a déjà plusieurs années, de faire concourir l'autoplastie à l'occlusion de la plaie qui résulte de ces opérations. Retiré dans son pays où il pratique la chirurgie avec distinction, il a cherché une occasion favorable pour soumettre ses idées à la sanction de l'expérience ; cette occasion s'est offerte à lui une première fois, en 1828, puis trois autres fois, dans les années 1829, 1831, et 1835; il les a saisies toutes quatre avec empressement, et le succès le plus étonnant et le plus complet couronna chaque fois ses louables efforts. Qu'on juge, au reste, de ce qu'il a fait en lisant les quatre observations suivantes qui lui appartiennent, et que j'extrais de l'intéressant mémoire qu'il a publié, il y a seize mois, dans la *Gazette médicale*.

25e *Observation*. Au commencement de l'année 1829 je fus appelé à Royer (Creuse) auprès d'un malade qui portait, depuis six ans, un champignon à l'aile gauche du nez. Le mal, à son origine, avait offert un tel caractère de bénignité, qu'on n'en avait nullement cherché la cause. Développée d'abord sous la forme d'une petite verrue, qui n'occasionnait même pas d'incommodité, au bout de trois ans la tumeur devint irrégulière, se fendilla, se couvrit de croûtes qui tombaient pour faire place à d'autres, et laissant à découvert une surface rugueuse, parsemée de points grisâtres, saignant au plus léger contact, et d'où s'écoulait un ichor sanieux. Bientôt des élancemens s'y firent sentir, l'accroissement devint plus rapide, et la fongosité, qui prenait son origine par une large base sur l'aile gauche du nez, lui donnait un aspect bilobé. Les parties voisines étaient saines; la narine du côté malade, un peu rétrécie, n'était le siége d'aucune végétation; la sécrétion de la pituitaire était augmentée, mais le bord libre de l'aile du nez qu'avoisinait la verrue, n'avait pas encore été envahi par le mal. D'ailleurs la santé générale était intacte. L'affection me parut donc tout-à-fait locale, et tous les moyens généraux et locaux n'ayant servi qu'à hâter la dégénérescence, l'ablation de la tumeur fut jugée l'unique ressource.

Je disséquai toute la peau du côté gauche du nez; l'extrémité de l'indicateur gauche, introduite dans la narine, me servant de point d'appui, je raclai avec

précaution le cartilage sous-jacent, ayant soin de ménager le bord libre de l'aile du nez. Toutes les parties suspectes furent enlevées avec une scrupuleuse attention, après quoi j'introduisis de la charpie dans la narine; et une compresse fenêtrée enduite de cérat, recouverte de charpie, maintenue par une bande, forma le premier pansement. Une saignée du bras, la diète, un bain de pieds et de la limonade, combattirent la fièvre qui diminua dès le lendemain.

Au bout de trois jours, l'appareil fut levé; la suppuration n'était pas encore établie. Je recommandai la continuation de la diète; éloigné de mon opéré, je ne pus le revoir qu'au bout de neuf jours. Je trouvai alors, à mon grand étonnement, toute la plaie occupée par un nouveau champignon plus grand et plus douloureux que le premier. Le cas me parut délicat et fort embarrassant; je n'osai pas proposer au malade l'ablation d'un organe aussi important à ménager. Je me contentai donc d'emporter avec le bistouri les végétations nouvelles, de ruginer les os et de racler les cartilages et fibro-cartilages, dont je détruisis même une partie. Puis, sur cette nouvelle solution de continuité, j'appliquai une petite quantité de pâte arsénicale. Revenu deux jours après, je trouvai le malade dans un délire furieux, la tête doublée de volume, sans traits de figure humaine; une écume gluante souillait son menton. Je m'empressai d'enlever la partie non absorbée du topique, et je n'y parvins qu'à l'aide du bistouri; cependant, sous l'in-

fluence de boissons rafraîchissantes en grande quantité, les symptômes de l'empoisonnement disparurent en huit jours.

La suppuration s'étant enfin bien établie, et les bourgeons charnus étant dans les conditions avantageuses pour la cicatrisation, voyant d'ailleurs que celle-ci ne s'opérait pas, même au bout de plusieurs mois après l'opération, je dus songer à un moyen plus efficace. J'empruntai à la joue voisine un lambeau de forme et de grandeur convenables à l'étendue de la plaie où il fut maintenu par deux points de suture. Une sonde de gomme élastique entourée de linge fut placée dans la narine, pour en prévenir l'affaissement et faciliter l'écoulement du mucus; quelques bandelettes agglutinatives, des compresses graduées constituent tout mon appareil. Dix-huit jours après, la réunion me paraissant solide, je coupai le pédicule du lambeau, je rapprochai autant que possible les bords de la nouvelle plaie, et le trente-cinquième jour le malade fut parfaitement guéri, presque sans difformité. Six ans sont écoulés depuis et il n'a jamais ressenti la moindre douleur dans cette région. Je ferai remarquer en passant qu'un de ses oncles est mort d'un cancer au nez. (*Gazette médicale.*)

26e *Observation.* La nommée Geneviève, âgée de 44 ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, d'une constitution sèche, mariée à vingt-cinq ans, mais restée stérile, avait eu une menstruation régulière jusqu'à sa quarantième année; mais à cette époque les règles

ne vinrent plus qu'avec la plus grande irrégularité. En mil huit cent vingt-huit, sans cause connue, le sein droit devint plus dur et plus volumineux que le gauche. Elle ne fit d'abord aucune attention à ce changement d'état; plus tard la tumeur augmenta légèrement de volume; la malade y ressentait par intervalles, et surtout à l'approche des règles, des douleurs qui l'obligeaient d'employer quelque topique émollient. Ces douleurs supportables dans le commencement, acquirent un degré d'intensité tel, qu'elle fut forcée de suspendre de temps en temps ses occupations ordinaires et de garder le lit. Enfin, après un an et demi de souffrances, elle appela un médecin qui prescrivit plusieurs applications de sangsues et des révulsifs sur le canal intestinal; mais malgré l'emploi de ces moyens, les dimensions de la tumeur et l'acuité des douleurs augmentèrent; la malade, dont le moral était fortement ébranlé, se voyait vouée à une mort certaine; aussi, pendant seize mois, à partir de cette époque, elle essaya toute espèce de médication, consulta beaucoup de médecins, mit à contribution toutes les recettes des commères; enfin se livra entre les mains d'un charlatan, qui appliqua sur la tumeur différens escarotiques. Peu de temps après l'ulcération commença et fit des progrès si rapides, que la malade était épuisée par la suppuration et par de fréquentes hémorrhagies. Dans un état aussi désespéré, dénuée de toutes ressources, cette femme entra à l'hôpital de Bourganeuf, dans le mois de mars 1830.

Lorsque je l'examinai pour la première fois, le mamelon du côté droit était détruit : à sa place existait une ulcération d'un pouce et demi de longueur et de sept ou huit lignes de profondeur ; le fond en était grisâtre et donnait naissance à plusieurs fongosités qui dépassaient le niveau de l'ulcération, et dont la surface était couverte d'une sanie d'une odeur caractéristique. Les bords de la caverne durs, calleux, renversés en dehors, étaient recouverts çà et là d'une couenne grisâtre : à l'entour les veines sous-cutanées formaient un relief sur la peau, à laquelle elles communiquaient un aspect bleuâtre : les tégumens voisins étaient marbrés et prenaient une teinte jaunâtre à mesure qu'ils s'éloignaient de l'ulcération; ils étaient durs, bosselés dans certains points, mous et déprimés dans d'autres. Enfin, on y sentait au toucher une chaleur plus élevée que sur les autres points du corps : les régions inguinale, sus-clavière, cervicale, axillaire du côté gauche n'offraient rien de particulier ; mais dans l'espace axillaire correspondant au sein malade, on sentait trois ganglions volumineux. La peau en général était jaunâtre, surtout à la face, et les yeux abattus; la physionomie annonçait la souffrance et l'inquiétude; le pouls était petit, dur et fréquent; la respiration un peu haletante, l'insomnie presque complète, les douleurs lancinantes, et tellement aiguës que la malade les comparait à la morsure d'un chien.

Je prescrivis l'application de cataplasmes laudanisés sur la poitrine, un demi-grain d'extrait gom-

mieux d'opium chaque soir à l'intérieur, dans l'unique but de calmer les douleurs. Mais cette femme, d'une détermination extraordinaire, réclama elle-même l'opération, quelque hasardeuse qu'elle fût, préférant ces chances douteuses à une mort certaine, et ne se laissant pas même intimider par la crainte de la récidive. Je regardais celle-ci comme à peu près inévitable, d'abord à cause de l'étendue du mal, en second lieu, parce que son ancienneté faisait craindre que les ganglions des cavités splanchniques ne fussent indurés comme ceux de l'aisselle, et qu'il y eût, en un mot, diathèse cancéreuse générale.

Je pratiquai l'opération le 20 mars 1830. Deux incisions semi-circulaires, de sept pouces et demi chacune, réunies par leurs extrémités, circonscrivirent la mamelle; je commençai la dissection par la partie inférieure de la tumeur: je quittai bientôt cette région pour attaquer plus en haut comme le conseille M. Lisfranc, non dans la crainte d'intéresser le grand pectoral, qui était dans le point correspondant à l'ulcération et aux environs, transformé en un tissu lardacé, mais bien pour couper d'abord les nombreux nerfs qui partant des plexus cervical et axillaire, vont se distribuer au sein, et abréger conséquemment les douleurs. J'enlevai toute la glande mammaire et une partie du grand pectoral. Je mis à nu les côtés, leurs cartilages de prolongement et les muscles intercostaux. Je passai à plusieurs reprises la pulpe du doigt indicateur sur toute la surface saignante de la plaie, pour m'assurer si j'avais

enlevé toutes les parties indurées, j'excisai même avec des cisaux courbes sur le plat plusieurs morceaux de tissu cellulaire, comme par excès de précaution contre la récidive. Les artères liées, je prolongeai mon incision dans l'espace axillaire, et à l'aide d'une érigne je fis l'extirpation des trois ganglions profondément situés, et voulant éviter la lésion des vaisseaux et nerfs axillaires, je fus obligé d'arracher ces ganglions en quelque sorte avec mes doigts, ce qui rendit cette partie de l'opération très douloureuse. Enfin j'appliquai des bandelettes agglutinatives pour diminuer l'étendue de la plaie, et un linge enduit de cérat, de la charpie, des compresses maintenues par un bandage de corps, constituèrent le premier pansement.

La malade avait perdu toutes ses forces : aussi eut-elle à la fin une syncope qui nous donna de vives inquiétudes; transportée dans son lit et réchauffée, elle recouvra bientôt l'usage de ses sens. Je prescrivis une potion avec le sirop diacode, et tout revint dans l'état normal. Trois heures après l'opération, il y eut une hémorrhagie abondante par la plaie pectorale; l'appareil levé, on ne put découvrir les vaisseaux par où le sang sortait, on tamponna avec de l'agaric, des compresses graduées, et l'hémorrhagie ne reparut plus.

La nuit se passa bien; la malade dormit par intervalles; le lendemain matin elle eut un peu de fièvre; la peau était chaude, la langue blanche, elle se sentait, disait-elle, les os brisés. (Limonade, diète absolue.)

Le 23. La dureté des compresses et de la charpie l'incommode; je renouvelle ces deux parties de l'appareil, je laisse la compresse fenêtrée. (Même prescription.)

Le 26. Je renouvelle le pansement, la suppuration commence à s'établir, la malade ne ressent pas de douleurs, elle demande à manger. Je permets deux bouillons. Les jours suivans la plaie se déterge, la tuméfaction diminue, l'appétit augmente. (Deux soupes.)

Le 1er avril, la suppuration est de bonne nature; les bourgeons sont apparens, j'augmente les alimens.

Pendant tout le mois d'avril, la malade continue à bien aller; la plaie se rétrécit; elle n'y ressent aucune douleur; elle dort bien; toutes les fonctions s'exécutent à merveille, elle se plaint seulement d'avoir faim. Dans le commencement de mai, un mois et demi après l'opération, la malade éprouva quelques douleurs dans le fond de la plaie. Examinée avec la plus scrupuleuse attention, je n'y découvre rien, toute sa surface me paraît d'un bon aspect.

Le 5 mai, je remarquai des bourgeons d'aspect douteux, un peu décolorés; les jours suivans ils deviennent d'un gris ardoisé, se développent de plus en plus, quoique journellement touchés avec le nitrate d'argent: le pus devint sanieux et fétide, et la malade recommença à éprouver des douleurs lancinantes.

N'osant plus me servir du bistouri, j'eus recours à

la pâte arsenicale que j'appliquai à plusieurs reprises sur le fond de l'ulcère, afin de soustraire la malade aux dangers de l'absorption, il n'en résulta aucun accident; l'escarre se détacha au bout de quinze jours, le fond de la plaie se couvrit de bourgeons vasculaires de bonne nature; néanmoins la cicatrisation s'effectuait très lentement, à cause, sans doute de la forme circulaire de la solution de continuité. La malade n'accusait plus aucune douleur. Enfin trois mois après l'opération, la plaie fut complétement cicatrisée, et Geneviève se crut tout-à-fait guérie.

Vain espoir! à peine deux mois s'étaient-ils écoulés, qu'elle vit reparaître toutes ses souffrances: la cicatrice se tuméfia, devint douloureuse, et se sépara des tissus environnans; il se forma de petites ulcérations qui s'étendaient de jour en jour, et sécrétaient un ichor âcre, d'une odeur caractéristique et bientôt se creusa une vaste caverne, comme avant la première opération.

Après deux récidives, l'une pendant la cicatrisation de la plaie, l'autre deux mois après l'opération, je ne conservais plus d'espoir, et je ne songais plus qu'à prescrire un traitement purement palliatif. Bientôt le désespoir s'empara de la malade, elle me supplia de tenter encore de nouvelles chances, par quelque tentative que ce fût, et je me rendis à ses instances, après avoir médité quel parti me restait à prendre et arrêté mon nouveau procédé opératoire.

Je pratiquai sur la peau du sein, à deux pouces

de sa réunion avec la cicatrice, résultat de la première opération, deux incisions semi-lunaires, circonscrivant toutes les parties d'apparence suspecte; je mis à nu les côtes et leurs cartilages. Je ruginai le tout dans les points correspondans à l'ancienne cicatrice, je promenai en outre le fer rouge sur les parties qui auraient pu devenir le siége de quelques excroissances.

Je recouvris toute la plaie de compresses trempées dans de l'eau froide, que je renouvelai toutes les deux ou trois minutes. Il ne survint aucun accident du côté de la poitrine; la malade eut seulement un violent mal de gorge, et la plaie fut prise d'une inflammation considérable qu'on arrêta par les sangsues. Au bout de six jours, chute des escarres; des bourgeons charnus de bonne nature couvrent toute la surface de la plaie. Le moment étant favorable je taillai à la partie latérale de la peau un lambeau tenant par un pédicule d'un pouce de large, et à peu près de la forme et de la grandeur de la plaie, sur laquelle je le renversai après avoir tordu légèrement son pédicule, et je le maintins dans cette position par un grand nombre de sutures. Je plaçai ensuite par dessous une bandelette, en manière de séton, tant pour favoriser l'écoulement du pus que pour hâter le développement des bourgeons charnus à la face interne du lambeau correspondant à un côté presque dénudé de la plaie : des bandelettes agglutinatives, un linge fenêtre enduit de cérat, de la charpie, des compresses carrées, telles furent les pièces de pansement

nécessaires, le tout maintenu par un bandage de corps. La malade supporta ces différentes opérations avec une résignation admirable. Le lendemain il y eut un peu de fièvre et quelques envies de vomir qui furent combattues par les boissons acidulées.

Le troisième jour de l'opération, j'ôtai les points de suture; quelques adhérences faibles unissaient déjà le lambeau à la surface correspondante de la plaie, un peu de pus s'écoulait le long de la bandelette. J'établis une légère compression. Les jours suivans, les adhérences se multiplient, deviennent plus solides; huit jours après, le lambeau est réuni à la plaie dans toute son étendue, excepté au centre correspondant aux parties dures. Je laisse pendant douze jours la bandelette interposée entre le lambeau et le fond de la plaie, en lui faisant exécuter de légers mouvemens; le pus sortait par ses deux extrémités qui servaient de filtre. L'état général de la malade était très satisfaisant; je donnai à manger les premiers jours, et j'augmentai successivement les alimens; enfin, quinze jours après l'opération, la réunion était complète partout, sauf à l'endroit qu'avait occupé la bandelette de linge supprimée du reste depuis deux jours. Il suffit d'exercer sur le milieu du lambeau une compression que je diminuai graduellement en m'approchant des deux lèvres de la plaie, pour voir peu à peu la suppuration s'éteindre et finir par se tarir entièrement. Le vingt-sixième jour après l'opération, je coupai le lambeau près de son pédicule qui fut replacé dans sa position normale. Il ne restait plus à

la malade que la plaie du côté droit, dont la cicatrisation avait été retardée exprès dans la vue de favoriser la réunion du lambeau avec les tissus sous-jacens, ce qui fut complètement effectué peu de temps après. Pendant deux ans je revis cette malade; elle n'avait eu aucune récidive, elle succomba deux ans et demi après l'opération, sans traces d'affection cancéreuse. (*Gazette médicale*).

27e *Observation*. Madame Daniaud, âgée de 29 ans, d'un tempérament bilieux, d'un embonpoint ordinaire, réglée à dix-huit ans, mariée à vingt-quatre, n'ayant jamais eu d'enfans, éprouva, il y a deux ans, après son mariage, l'accident que voici :

S'étant jetée au milieu d'une querelle de famille pour la calmer, elle fut culbutée sur une chaise dont l'un des montans lui porta sur le sein gauche. La vive douleur qui en fut le résultat et les accidens de la contusion disparurent en huit jours, sans le secours d'aucune espèce de topique; mais la mamelle fut, depuis cette époque, le siége d'un engorgement qui persista sans douleur pendant un an. Plusieurs médecins consultés employèrent les médicamens ordinaires, qui n'eurent pas même l'avantage d'enrayer, pour quelque temps, la marche du mal. Bientôt des douleurs lancinantes comparables à des coups d'aiguille s'y firent sentir. La malade perdit sa fraîcheur, et sa santé se détériorait de plus en plus, lorsque trois ans après son accident elle vint me consulter pour la première fois.

A l'examen je trouvai au sein gauche, en dehors du mamelon, une tumeur du volume d'un œuf, dure, bosselée, douloureuse au toucher, augmentant aux époques menstruelles, non adhérente aux tissus sous-jacens, mais adhérente à la peau qui la recouvrait, et à la glande mammaire avec laquelle elle se continuait. Il n'existait point de ganglions à l'aisselle ni dans aucune autre partie du corps. Le pouls petit et irrégulier, les digestions difficiles, la perspiration cutanée aigre et nauséabonde, la mollesse des chairs, l'amaigrissement progressif, la couleur jaune paille de la peau, l'insomnie, les sueurs nocturnes, la fièvre hectique, me firent craindre d'abord quelque affection organique dans quelqu'une des grandes cavités; mais rassuré par une investigation plus exacte, je proposai l'opération comme unique ressource, et après quelques jours de préparation je la pratiquai le 27 juin 1831.

Voulant prévenir la difformité d'une large cicatrice, je pratiquai au contour inférieur de la mamelle une incision courbe de cinq pouces d'étendue. J'arrivai ainsi aisément à la tumeur; mais il fallut une dissection extrêmement minutieuse pour parvenir à la détacher de la peau considérablement amincie. Le tissu cellulaire ambiant n'offrait point de résistance, et je le séparai de la glande mammaire, que je coupai un peu dans son bord interne. De la charpie fine fut introduite dans la profondeur de la plaie, pour favoriser le développement de bourgeons charnus et obtenir la réunion par seconde intention.

La malade n'éprouva rien de particulier les jours qui suivirent l'opération. La suppuration s'établit, l'appétit revint, et la cicatrisation marchait lorsque l'opérée ressentit dans le sein des douleurs légères qu'elle comparait à la démangeaison que produirait la présence d'une fourmi dans l'épaisseur des chairs. La peau qui recouvrait la tumeur et que j'avais épargnée devint successivement ridée, brunâtre, violacée, s'excoria et se transforma en un ulcère fournissant un pus sanieux.

Bientôt les douleurs s'accrurent, l'ulcération s'élargit, des fongosités apparurent, les bords se renversèrent et mirent à nu une caverne profonde, grisâtre d'où s'exhalait une odeur *sui generis*.

Une seconde opération me parut indispensable.

Circonscrivant par deux incisions faites dans les parties saines tous les tissus qui me parurent viciés, j'obtins une nouvelle solution de continuité que je pansai comme la première. Lorsque la plaie se détergea, peu à peu la suppuration devint louable, des bourgeons de bonne nature semblaient tendre à combler la profondeur de la plaie, que je me proposais de recouvrir par un lambeau, lorsque j'aperçus au centre de celle-ci un point d'abord grisâtre, dur, douloureux au toucher, saignant au moindre contact, puis ardoisé et faisant éprouver à la malade des douleurs aussi vives qu'avant la première opération.

Il fut démontré pour moi que le cancer s'était reproduit pour la seconde fois. Le bistouri ne me sem-

blait plus propre à combattre l'opiniâtreté du mal. J'appliquai pour lors un petit morceau extrêmement mince de potasse caustique, de préférence au cautère actuel et à la pâte arsénicale, à cause du voisinage du cœur. Les douleurs, très-vives pendant quatre heures, se calmèrent insensiblement. A la chute de l'escarre qui eut lieu le cinquième jour, j'aperçus des bourgeons charnus de bonne nature. Sans attendre plus long-temps, dans la crainte de voir encore reparaître cette terrible affection, je taillai sur le côté de la poitrine un lambeau bien nourri, de l'étendue et de la forme de la surface de la plaie sur laquelle il fut appliqué à l'aide d'un mouvement de torsion imprimé à son pédicule. On fit quelques sutures sur la circonférence du lambeau pour obtenir une coaptation plus parfaite. Deux jours après, les points de suture furent enlevés; il y avait un commencement d'union du pourtour du lambeau aux tissus voisins. Une ouverture ménagée à la partie la plus déclive, laissait un libre passage au pus. Je fis une compression méthodique en commençant sur le centre du lambeau et allant graduellement à la circonférence. Peu à peu la tuméfaction diminua, la suppuration se tarit; enfin la réunion fut complète le vingtième jour. Je coupai alors le pédicule du lambeau; la cicatrisation de la plaie qui l'avait fourni s'opéra promptement, et le succès a été au-delà de mes espérances. J'ai revu depuis très-souvent madame Daniaud; elle se porte à merveille; elle a recouvré son embonpoint et sa fraîcheur,

et n'a plus éprouvé de douleurs dans les seins, pas même pendant une suppression de règles qui l'entretint, mais en vain, pendant trois mois, dans la flatteuse espérance qu'elle allait devenir mère. Trois années se sont écoulées depuis l'opération, et la guérison s'est si bien soutenue que je suis convaincu qu'il n'y aura jamais récidive. (*Gazette médicale.*)

28ᵉ *Observation*. Le sujet de cette observation est un homme âgé de 40 ans, domestique, d'un tempérament mixte, portant depuis 3 ans, dans l'épaisseur de la joue gauche, une tumeur qui ne lui causait d'autre incommodité que de gêner la mastication. Cette tumeur s'était développée à l'insu du malade; la première fois qu'il la sentit, il crut qu'un morceau de pain était resté entre les dents et la joue; ses doigts portés dans la bouche ne trouvant point ce qu'il cherchait, il reconnut alors que cette grosseur était située dans l'épaisseur des parties molles. Elle ne fixa pas autrement son attention; mais peu à peu elle s'accrut, et, au bout de trois ans, les mouvemens de la mâchoire devinrent de plus en plus difficiles, et la mastication finit par être impossible. Dans le principe, la tumeur é ait indolente; mais quand elle eut acquis une certaine grosseur, le malade y ressentit des élancemens, surtout quand il imprimait quelques mouvemens à la mâchoire. Voyant que sa maladie faisait toujours des progrès, il entra à l'hôpital de Bourganeuf au commencement du mois de mai.

Le lendemain de son entrée, je l'examinai avec le

plus grand soin. Située sur le trajet du canal de sténon, à l'extérieur duquel elle a probablement pris origine, la tumeur a rétréci un peu la bouche, en refoulant la commissure des lèvres, pour se loger dans l'espace compris entre l'os de la pommette et la mâchoire inférieure; elle est dure, bosselée, adhérente à la peau qui la recouvre, et paraît se continuer avec la glande parotide. Quand on cherche à la déplacer avec les doigts, on est porté à croire qu'elle envoie un prolongement en dedans de la bouche et de la mâchoire, pour se porter sur les parties latérales du cou. On cause des douleurs vives au malade en la comprimant; si on la déjette un peu en dehors de la mâchoire, celle-ci exécute tous ses mouvemens; mais, à l'instant même où on l'abandonne, elle se porte en dedans de la mâchoire et va se loger en partie dans l'espace intermaxillaire, qui est augmenté par la perte des dents des deux mâchoires. L'aspect de ce malade était tellement repoussant, qu'il ne pouvait plus trouver de travail, et que ses camarades refusaient de manger avec lui; aussi denmandait-il istamment l'opération.

Cinq jours après son entrée à l'hôpital, je l'opérai de la manière suivante: Je fis une incision qui, partant du lobule de l'oreille, suivait le bord inférieur de la mâchoire, et arrivée à l'angle de cet os, je la dirigeai vers la commissure des lèvres sans l'intéresser, en décrivant une espèce de courbe à concavité supérieure, de manière à bien circonscrire la partie inférieure de la tumeur. Une seconde incision

continuant la première, fut prolongée en haut et en arrière, en rasant le bord inférieur de la pommette, et alla se terminer au point où la première avait commencé. Dans le premier temps de l'opération, la peau et le tissu cellulaire avaient été seuls divisés; dans le second, je séparai le muscle buccinateur de tous ses points d'insertion; je liai les artères à mesure qu'elles donnaient du sang; je voulus isoler la tumeur de la muqueuse buccale, mais son adhérence avec cette membrane était si intime, que je fus obligé de renoncer à mes tentatives, et ce ne fut qu'à force de précautions et de manœuvres extrêmement compliquées que je parvins à extirper la totalité de la tumeur, à raison d'un prolongement qu'elle envoyait entre les muscles ptérygoïdiens, et dont le sommet se terminait par une bride fibreuse très forte fixée à l'apophyse transverse de la troisième vertèbre cervicale. Un grand nombre d'artères furent divisées et successivement liées, et je coupai les fils au niveau du nœud de chaque ligature.

A la place de la joue se trouvait donc une énorme cavité, dans laquelle on voyait à découvert les faces latérales des deux maxillaires, séparés l'un de l'autre par la langue qui tendait à sortir sans cesse en dehors de la plaie. Après avoir disséqué la peau dans l'étendue de deux pouces inférieurement, et très-peu en haut, dans la crainte de produire un renversement de la paupière inférieure, je rapprochai les lèvres de la plaie, et les maintins en contact à l'aide de la suture enchevillée; je plaçai en outre plusieurs bande-

lettes agglutinatives, dans le but de seconder l'action des aiguilles, et de prévenir, en agissant ainsi, la déchirure des parties embrassées par les anses de fil, et je recouvris le tout avec un linge fenêtré enduit de cérat, avec des plumasseaux de charpie, et de presses longuettes fixées autour du front par plusieurs doloires; la bande, en passant sur les joues, sous le menton, était ramenée sur le sommet de la tête, dans le but, non seulement de maintenir rapprochées les lèvres de la plaie, mais aussi de prévenir l'écartement des deux mâchoires.

Le malade perdit peu de sang pendant l'opération; il s'endormit dès qu'il fut transporté dans son lit. A l'examen de la tumeur, fait en présence de beaucoup de médecins, nous la trouvâmes formée en grande partie d'un tissu extrêmement dur, fibreux, lardacé dans certains endroits, mou, jaune, pultacé, comme cérébriforme dans d'autres points où elle était tout-à-fait ramollie.

Une heure après l'opération, le pouls était dur; une saignée du bras fut pratiquée. Au bout de trois heures, il survint une hémorrhagie foudroyante, j'étais alors absent, un chirurgien appelé employa la compression, qui fut sans résultat, ce qui sera facile à concevoir en se représentant la disposition de la place. A mon arrivée, l'hémorrhagie continuait encore; le malade, considérablement affaibli, avait à chaque instant des convulsions, des claquemens de la mâchoire, il eut même une syncope telle que je le crus mort. J'ôtai l'appareil et les sutures, et aus-

sitôt le sang cessa de couler; je tordis avec des pinces tous les points de la surface de la plaie qui me semblèrent capables de donner lieu à une seconde hémorrhagie. Un quart d'heure après le malade vomit une énorme quantité de sang qu'il avait avalé, pendant qu'on essayait de l'arrêter par la compression.

Dans le but de prévenir un nouvel écoulement de sang, je remplis le fond de la plaie de petits bourdonnets de charpie artistement placés; par dessus des morceaux d'agaric en forme de pyramides, comprimant en tous sens la surface saignante; le tout séparé de la cavité buccale par une lame de plomb mince appliquée sur la face interne des deux os maxillaires. De nouveaux points de suture réunirent la plaie, et je replaçai le bandage extérieur, en recommandant bien au malade de ne faire exécuter aucun mouvement à ses mâchoires; le pouls se releva peu à peu, la chaleur se rétablit et le sang ne reparut plus.

La nuit se passa bien; le malade dormit plusieurs heures; seulement, il fut beaucoup gêné par la lame de plomb et l'agaric; j'enlevai l'appareil le surlendemain; je ne vis rien de dérangé; les points de suture étaient à leur place, comme je les avais mis; point de suppuration; l'excrétion de la salive était abondante; je mis un peu de charpie dans la plaie. Prescription: Diète absolue, point de tisane à cause de la déglutition qui tiraillerait la plaie.

Le troisième jour, la suppuration commence; le pus sort à travers les lèvres de la plaie qui paraissent

légèrement agglutinées dans les points où les fils n'ont pas déchiré les parties molles.

Les jours suivans, la tuméfaction est toujours considérable; nulle apparence de cicatrisation.

Dix jours après l'opération, j'essayai d'obtenir une réunion par seconde intention, en mettant en contact les lèvres de la plaie à l'aide de bandelettes agglutinatives et quelques points de suture; la salive n'en continua pas moins comme les jours précédens à couler par la plaie. A quelque temps de là, je cautérisai les bords de la solution de continuité, qui furent maintenus en contact par des points de suture et par une compression méthodique convenablement placée au dessus de la mâchoire, afin d'obtenir l'adhésion des lèvres de la plaie. Craignant une nouvelle déchirure des parties molles, j'ôtai le surlendemain les sutures; il y avait contact immédiat dans toute l'étendue de la plaie; je continuai toujours le même bandage, en maintenant la tête penchée sur le côté du mal. Peu à peu la cicatrice se fit; la salive ne coulait plus au-dehors; le malade ne ressentait aucune douleur; tout marchait à une guérison rapide, et au bout de deux mois je la regardais comme définitive, lorsqu'il commença à se plaindre de douleurs dans la bouche et d'un froid à la joue. Examinée dans tous les coins et recoins, je n'y aperçus rien encore qui pût m'expliquer les douleurs : plus tard, elles augmentèrent, la cicatrice se tuméfia, la bouche devint mauvaise; il se forma à l'intérieur de celle-ci des excroissances qui

en augmentant peu à peu de volume, gênèrent les mouvemens de la langue et de la déglutition ; la cicatrice se déchira, ses bords se renversèrent ; la salive, mêlée à la suppuration de mauvaise nature coulant à travers la plaie, et les parties molles abreuvées continuellement par le passage de ce mélange donnaient au malade un aspect horrible.

Je désespérais de sauver ce malade, ne sachant d'abord où prendre un lambeau de peau qui fût assez grand et assez épais pour remplacer cette énorme perte de substance. Enfin après avoir mûrement médité mon projet d'opération, je m'arrêtai au procédé suivant :

Je commençai par retrancher tous les tissus d'apparence suspecte; ceux que je ne pus atteindre avec le bistouri furent profondément cautérisés avec le fer rouge, ayant soin toutefois d'éviter les vaisseaux dont la lésion à la chute de l'escarre aurait pu donner lieu à une hémorrhagie. Je promenai à plusieurs reprises le fer rouge sur les tissus adhérens aux os, desquels partaient la plupart des fongosités que j'avais extirpées.

J'attendis que les escarres tombassent, que les bourgeons charnus fussent assez développés, en un mot que toute la plaie se trouvât dans des conditions avantageuses pour obtenir une réunion par seconde intention.

Après avoir rasé la partie postérieure de la tête, je taillai un lambeau à pédicule courbe, adhérent à l'apophyse mastoïde, et je prolongeai l'incision in-

férieure jusqu'au lobule de l'oreille. Séparé de l'occipital par la dissection, le lambeau, en tordant légérement son pédicule, fut appliqué, par la surface saignante, sur la plaie de la joue, où je l'ajustai le plus exactement possible. Un grand nombre de sutures furent mises sur le bord supérieur, pour le maintenir en contact avec les tissus de la pommette, quelques unes seulement sur le bord inférieur correspondant à la peau du col. Je laissai sur celui-ci deux ouvertures, l'une vis-à-vis de la parotide, et l'autre dans l'endroit le plus déclive de la plaie. Des bandelettes agglutinatives, un linge fenêtré enduit de cérat, de la charpie, des compresses, le tout maintenu par un bandage en forme de mentonnière, constituèrent le premier pansement.

Les premiers jours, il ne se présenta rien de remarquable : le malade eut une fièvre assez forte, mais le cerveau resta tout-à-fait sain.

Le quatrième jour, j'ôtai tout ce qui pouvait mettre obstacle à l'écoulement de la salive et du pus par les deux ouvertures que j'avais ménagées. La réunion de la partie supérieure du lambeau ne se fit pas longtemps attendre, elle fut complète le douzième jour. A cette époque, l'inférieure n'adhérait que dans quelques points. Lorsque la tuméfaction eut diminué, et qu'on put toucher la partie sans causer trop de douleur au malade, je ravivai le bord inférieur du lambeau dans les points où la réunion immédiate n'avait point eu lieu ; les lèvres de la plaie rapprochées, je les maintins en contact dans toute leur

étendue, à l'aide de sutures entortillées. Le point correspondant à la parotide fut le seul où il n'y eut pas réunion immédiate; il y resta une fistule salivaire, que je combattis en vain, pendant deux mois, par tous les moyens connus. Je croyais être obligé de renoncer à la cure de cette fistule, lorsqu'après tant d'essais infructueux j'imaginai l'appareil suivant, qui réussit au-delà de mes espérances.

Je pris un tuyau de plume d'un demi-pouce de long, bouché à l'une de ses extrémités avec un morceau de liége, à travers lequel j'avais préalablement passé un fil de soie. Sur les parties latérales de ce tuyau et très-près de l'extrémité du liége, était une ouverture semblable aux yeux d'une sonde, destinée à l'écoulement de la salive. Ce tube fut placé dans l'intérieur de la bouche, à la face interne de la joue restaurée; je mis en contact immédiat avec la glande parotide l'extrémité bouchée par le liége, et le fil de soie sortant à travers la fistule fut fixé autour de l'oreille. Un second fil de soie passé dans une aiguille à coudre, avec laquelle je traversai le lambeau de dedans en dehors, et un peu en bas de la fistule salivaire, servit à fixer inférieurement ce tuyau destiné à remplacer le canal de Stenon. En attendant la cicatrisation de la fistule salivaire, pour maintenir le canal artificiel dans cette position, je fis, avec la portion de fil de soie restée dans la bouche, un nœud coulant, dans lequel le bout du tuyau de plume fut engagé, et mis ainsi en contact immédiat avec la partie interne de la joue restaurée, en tirant en dehors l'autre

extrémité du fil de soie, qu'on arrêta ensuite sur un petit rouleau de diachylon; au côté externe de la joue, je rapprochai très-exactement les bords de la fistule parotidienne, qui furent maintenus en rapport avec des bandelettes agglutinatives. Enfin, pour maintenir la bouche constamment béante, je mis un bouchon de liége entre les mâchoires du côté opposé à la maladie. A partir de ce jour, sa salive s'écoula dans la bouche, rien ne passa par la fistule, la réunion se fit dans tous les points où je n'avais pu l'obtenir jusqu'alors, nonobstant tous les moyens que j'avais mis en usage. Quinze jours après, le malade fut radicalement guéri, sans fistule salivaire, sans difformité apparente. Le tuyau et le fil ôtés, la salive suivit son cours naturel; il ne resta qu'une cicatrice presque linéaire, qui est en grande partie cachée par les cheveux, en remplacement du favori de ce côté. Seulement la direction et la couleur de ce favori artificiel, qui est blond foncé, contraste d'une manière singulière avec la barbe du côté opposée, dont la couleur est tout-à-fait rouge.

La plaie de la partie postérieure de la tête fut pansée à plat, ne présenta rien de particulier et guérit comme toutes les solutions de continuité avec perte de substance : Ses bords se rapprochèrent et furent réunis plus tard à l'aide d'une cicatrice d'un pouce de large.

Trois ans se sont écoulés depuis l'opération, et le malade n'a rien ressenti qui pût faire craindre une récidive. (*Gazette Médicale.*)

Quelque opinion que fassent naître dans l'esprit les faits dont on vient de lire l'exposé, on ne peut s'empêcher d'être frappé du succès remarquable qui a été obtenu dans ces quatre cas, les seuls qui se soient offerts à M. Martinet.

On n'objectera certainement pas que ce jeune chirurgien n'avait point affaire à de véritables cancers : non seulement son instruction solide et sa bonne foi bien connue éloigneraient cette idée, mais encore trois de ces quatre malades portaient des cancers récidivés, deux avaient même souffert une double récidive.

Tout se réunit donc ici pour donner une importance tout-à-fait capitale à ces faits, et pour engager les chirurgiens à suivre promptement M. Martinet dans la voie nouvelle qu'il vient d'ouvrir à la médecine opératoire.

En 1831, avant la publication du travail de M. Martinet, j'ai aussi fait, comme lui, l'autoplastie et l'autoplastie nasale, dans un cas de cancer de la région de ce nom; la maladie était tellement étendue, que quelques personnes avaient élevé des doutes sur le succès de son ablation. Toutefois je ne me laissai point arrêter par ces craintes; l'opération fut pratiquée et réussit au-delà de mes espérances, sous le double rapport de la guérison du cancer et de la réparation de la partie mutilée.

29e *Observation.* François Daviaux, âgé de 62 ans, journalier, demeurant à Charlot, département de la

Nièvre, entra à l'hôpital Beaujon le 1er août 1831, pour se faire traiter d'un cancer qu'il portait au nez depuis plusieurs mois. Le mal occupait toute l'aile droite du nez et s'étendait à la cloison médiane, gagnait l'aile gauche, dans l'étendue de deux lignes environ. Le côté droit de l'organe était entièrement affecté, jusqu'à une ligne de l'angle interne de l'œil; toute l'épaisseur de l'aile du nez, qui était fendu en deux, était ulcérée et répandait un pus sanieux et fétide; la maladie faisait chaque jour des progrès, et menaçait d'envahir prochainement les parties voisines. Daviaux, incommodé par l'odeur qu'exhalait le cancer, repoussé à cause de l'aspect hideux qu'il présentait, demandait avec instance qu'on le débarrassât d'un mal qui le plongeait dans de si vives douleurs et qui le condamnait à vivre misérablement.

M. Blandin conçut alors le projet de pratiquer à la fois l'ablation du cancer et la rhinoplastie, et le 10 août fut le jour fixé pour l'opération. Celle-ci fut faite par la méthode indienne, et suivant le procédé que nous avons exposé avec détails; mais le lambeau réparateur, au lieu d'offrir la forme d'un as de pique à côtés réguliers, présentait sur un de ses côtés plus de largeur que sur l'autre, parce que la perte de substance du nez n'était pas égale à droite et à gauche. Le lambeau retourné fut maintenu en place au moyen de trois points de suture à gauche, et à droite; le dernier de ceux-ci, placé tout à fait à l'angle interne de l'œil, présenta dans son exécution quelques difficultés; car la peau de l'œil,

excessivement molle et fine en cet endroit, se déchire facilement. La sous-cloison est fixée à la partie supérieure du bord adhérent de la lèvre supérieure par un point de suture. On panse le malade très simplement, on introduit dans les narines quelques bourdonnets de charpie, on place des bandelettes agglutinatives et des compresses graduées, pour favoriser l'action des sutures, et le malade est reporté dans son lit. ( On lui prescrit pour boisson ordinaire : infusion de fleurs de tilleul et de feuilles d'oranger, 3 pots; julep avec sirop diacode; compresses imbibées d'eau froide sur le visage; diète.

L'opération a été longue, douloureuse; mais il n'est survenu rien de fâcheux pendant sa durée; quelques symptômes spasmodiques se sont seulement manifestés, mais il n'ont été que passagers.

Le 10 au soir, dans la journée, une hémorrhagie assez forte s'est déclarée; le sang a traversé toutes les pièces de l'appareil. Comme il était impossible de voir d'où s'échappait ce liquide, l'interne de garde introduisit son petit doigt dans la narine et sentit battre une artère; au moyen d'un tampon de charpie, il la comprima, et le sang s'arrêta; une artériole fut aussi liée dans la plaie du front.

Le 11, le malade a reposé pendant toute la nuit; il est affaibli; sa peau est moite et d'une température normale; le nez est chaud; les parties sont tuméfiées, mais elles ne le sont pas assez pour faire craindre la gangrène. L'appareil ne s'est pas dérangé. ( Même prescription que la veille. )

Le 12, l'état du malade est très bon, le sommeil a été calme; Daviaux n'éprouve aucune douleur; le pouls, la langue et la peau sont dans l'état normal; les parties maintenues en rapport par les points de suture sont humectées par un liquide plastique; elles jouissent d'une plus grande chaleur que dans l'état normal. Le malade demande à manger. (On accorde un bouillon; on remplace l'infusion antispasmodique par la limonade; julep gommeux.)

Les 14 et 15, état parfait; le pouls donne 68 pulsations par minute, le sommeil est bon. Le malade se plaint de l'odeur que répand la charpie introduite dans les fosses nasales; la suppuration de la face interne du lambeau est établie; on retire la charpie et l'on en remet d'autre; les fils des points de suture sont enlevés; la cicatrice des bords marche dans une grande étendue sur les côtés du nez. On met, pour remplacer les fils, de petites compresses pliées en plusieurs doubles; une bandelette de diachylon est passée sous la sous-cloison détachée; d'autres sont disposées convenablement pour maintenir le tout en rapport. Le malade se plaint de n'avoir pas été à la garde-robe depuis l'opération. (Lavement avec miel de mercuriale; pour aliment, deux bouillons de poulet.)

Le 16, le lavement a procuré deux selles; le lambeau continue parfaitement à vivre; il s'est un peu affaissé, et ses bords dépassent ceux des vestiges du nez primitif sur lesquels ils sont entés; de petites compresses pliées en plusieurs doubles sont appliquées sur les côtés.

Le 20, un peu d'érysipèle est survenu à la face ; les paupières sont rouges, infiltrées, rapprochées l'une de l'autre ; le malade éprouve quelques envies de vomir ; la peau est chaude, le pouls bat soixante-quinze fois par minute ; tout, au reste, est dans le meilleur état. (Bouillon aux herbes 2 pots, lavement émollient avec miel de mercuriale, diète.)

Les 22 et 26, l'érysipèle n'a pas eu de suites, il a cédé aux légers révulsifs portés sur le canal intestinal ; les parties sont cicatrisées, la plaie du front fait des progrès vers la guérison.

Depuis ce temps jusqu'au premier novembre, le malade se promène dans l'hôpital sans aucun appareil ; le lambeau réparateur jouit de la vie, il est entièrement cicatrisé ; son pédicule seulement forme, dans l'étendue de deux lignes environ, une sorte de pont non cicatrisé, sous lequel peut aisément passer un corps de la grosseur d'une plume à écrire, mais qui ne gêne en aucune manière le malade. C'est pour faire disparaître cette difformité et la saillie qu'elle formait que M. Blandin a imaginé son opération secondaire.

Le 5 novembre, l'opération secondaire est faite, telle que nous l'avons décrite plus haut ; quoique peu de chose en apparence, elle a présenté cependant assez de difficultés dans son exécution, surtout du côté droit, côté sur lequel il restait fort peu de peau ancienne. La circulation continue à se faire dans le lambeau, les parties en sont un peu tuméfiées. (Bouillon, limonade.)

Le 8, les points de suture sont enlevés; les bords de la racine du lambeau sont cicatrisés; les paupières et la peau des joues vers l'angle interne des yeux sont un peu rouges et infiltrées; cette infiltration paraît produite par le séjour de la charpie imbibée de pus. (Soupes, limonade.)

Le 20, tout est dans le meilleur état, plus d'appareil. Le malade se promène dans l'hôpital; toutes les plaies sont cicatrisées. L'opéré jouit de la santé la plus parfaite.

A cette époque, Daviaux présente l'état suivant: sur le milieu du front, on voit, vers le lieu où l'on a pris le lambeau; une cicatrice de quelques lignes d'étendue; en cet endroit, la peau est plus fine, plus sensible, plus colorée que vers les parties voisines; en examinant attentivement, on voit aboutir vers la cicatrice quelques saillies rayonnées peu saillantes; ces saillies ont disparu à mesure que l'époque de l'opération s'est éloignée davantage.

Entre les deux sourcils est une petite éminence longitudinale peu apparente; plus bas est la dépression naturelle de la racine du nez; la peau du nouveau nez est lisse, de la couleur et de la température des parties voisines; de chaque côté du nez se voit une cicatrice longitudinale. Du profil, le nez du malade offre la même régularité qu'un nez ordinaire; de face, il présente du côté droit, vers la partie moyenne de sa longueur, près de sa réunion avec la joue, une déviation sensible, qui tient à ce qu'il a fallu enlever plus de tégumens à droite qu'à gauche.

Les narines sont larges, donnent facilement passage à l'air nécessaire à la respiration.

Daviaux prend du tabac, jouit de l'olfaction; il se mouche en pinçant son nez artificiel, et ne craint pas de le tirer; il le fait résonner, le fait jouer à droite et à gauche comme le nez le mieux organisé. (*Thèse de Chomet.*)

Lorsque j'ai pratiqué l'opération qui a été rapportée dans l'observation précédente, je ne songeais en aucune façon à employer l'autoplastie dans le but de prévenir la récidive du cancer que j'emportais; par conséquent si je l'ai citée, je l'ai fait seulement pour la rapprocher de celles de M. Martinet, et pas le moins du monde pour chercher à partager avec lui l'idée, pleine de vues pratiques, qu'il a émise. Au reste, dans ce dernier cas, la récidive du cancer a été également évitée; j'ai reçu des nouvelles du malade deux ans après sa sortie de l'hôpital, et rien n'annonçait que le mal dût jamais reparaître.

M. Martinet a cru ne devoir procéder à l'autoplastie chez ses malades que lorsque la suppuration de la plaie de l'opération était déjà établie. Je ne sais s'il y a quelque avantage à l'imiter sous ce rapport; j'en doute, quoiqu'à la vérité je ne puisse citer à l'appui de cette opinion que l'observation de Daviaux.

Certainement, il importe très peu que la théorie rende ou non raison de semblables résultats; ce qu'il faut surtout, c'est que ceux-ci soient bien rigoureusement exacts. Voyons cependant ce qui pourrait être dit à cet égard.

M. Martinet croit que dans ces cas le rôle de l'autoplastie se borne à fournir de quoi combler le vide qui résulte de l'opération, et de quoi réunir les lèvres de la plaie sans que la plus petite traction soit exercée sur elles. Sans aucun doute ces avantages doivent être comptés, mais je soupçonne qu'ils ne sont pas les seuls. Le lambeau qui a été apporté sur la plaie de l'opération est obligé, en effet, pour ne pas mourir, de se greffer sur les bords et sur le fond de cette plaie. On conçoit par conséquent qu'il apporte de notables modifications dans la vitalité de ces parties; car il va leur emprunter des matériaux nutritifs, vivre de leur vie propre et diminuer en proportion leur activité nutritive. Quoi qu'il en soit de cette manière de considérer les choses, il est bien clair, je le répète, que l'observation peut seule prononcer en dernier ressort sur le mérite de l'ingénieuse application de l'autoplastie qui est due à M. Martinet; aussi j'attendrai sa décision pour arrêter tout-à-fait ma manière de voir.

## RÉSUMÉ.

Il ne suffit pas encore pour se faire une idée précise du mérite de l'autoplastie, et pour être rigoureusement en droit de l'importer dans la pratique, de connaître les modifications qu'elle est susceptible d'imprimer à nos organes sous le double rapport de leur forme et de leurs fonctions; il ne suffit pas que la théorie représente cette opération

sous les plus belles et les plus séduisantes couleurs, il faut encore demander aux faits, à l'observation clinique si cette opération donne tout ce qu'elle promet, si ses procédés peuvent être appliqués sans crainte, et s'ils ne sont pas susceptibles de porter quelquefois le trouble dans notre organisation; il faut surtout faire le parallèle rigoureux des succès qu'elle a obtenus et des revers qu'elle a eu à déplorer.

Une analyse de ce genre serait seule capable de jeter quelque lumière sur cette difficile et importante question; et cependant, je me hâte de le dire, cette analyse est tout-à-fait impossible aujourd'hui. En effet, comme on a pu le voir par tout ce qui précède, ce n'est pas un mois, mais beaucoup plus long-temps après l'opération de l'autoplastie, qu'il faut examiner ses produits pour en apprécier justement les résultats. Or il s'en faut de beaucoup que tous les faits que l'on possède aient subi ce contrôle tardif de l'observation; presque tous, au contraire, ont été publiés à une époque très rapprochée de celle de l'opération, à une époque, par conséquent, où ils n'étaient pas encore entièrement accomplis. Toutefois, et pour montrer la méthode qu'il convient de suivre désormais, et pour faire aujourd'hui tout ce qu'il est possible de faire, sous le point de vue clinique de l'autoplastie, je présenterai un relevé de quatre vingt-quatre opérations de ce genre, que j'ai extraites des ouvrages les plus modernes ou des journaux de médecine.

Sur ces quatre-vingt-quatre autoplasties, trente-neuf appartenaient à la rhinoplastie, sept à la blépharoplastie, quatorze à la cheiloplastie, neuf à la génioplastie, une seule à l'autoplastie, trois à la bronchoplastie, deux à la cystoplastie, quatre à l'uréthroplastie, et cinq à des autoplasties cutanées variables.

Le plus jeune de ces opérés avait six ans, le plus âgé soixante-sept.

Douze d'entre eux portaient des brides vicieuses, suite de brûlures ou d'ulcérations anciennes; trois avaient des vices de conformation congéniaux; neuf offraient des pertes de substances qui avaient été produites par la gangrène; quinze avaient été opérés récemment de cancer; neuf portaient des fistules anciennes; les autres, au nombre de trente-six, présentaient des mutilations qui avaient été la suite de plaies ou d'affections dartreuses, scrophuleuses ou syphilitiques.

Cinq de ces opérés sont morts d'accidens dont l'opération avait été la cause occasionnelle.

Quarante-deux ont été affectés d'accidens variés après l'opération: chez neuf d'entre eux on a observé la gangrène du lambeau; chez trois, la réunion des parties ne s'est pas opérée; vingt-sept ont été pris d'accidens inflammatoires, d'érysipèles presque toujours: six ont eu des symptômes nerveux plus ou moins graves.

Soixante-un des quatre-vingt-quatre opérés ont obtenu une guérison satisfaisante; chez les autres,

l'opération n'a pas réussi, ou les résultats qu'elle a donnés ont été fort peu avantageux.

Enfin la récidive du cancer a été notée sur deux des quinze malades qui avaient été opérés de cancer; mais dans ces deux cas (*c'était un cancer des lèvres*), la maladie était fort ancienne, et l'autoplastie avait été faite par le simple procédé du glissement des parties.

Ainsi, comme on le voit d'après cet aperçu beaucoup trop incomplet, par l'autoplastie on guérit trois malades sur quatre; on en perd un sur dix-sept; on développe des accidens sur la moitié d'entre eux; et l'on observe la gangrène du lambeau environ une fois sur neuf.

Mais, je le répète, ces résultats sont très incomplets; et si je les annonce, c'est uniquement pour engager désormais les chirurgiens à noter soigneusement tous les faits qui s'accompliront sous leurs yeux, surtout à bien en relever toutes les circonstance. C'est ainsi et seulement ainsi qu'il sera possible de fixer un jour la valeur pratique de l'autoplastie.